

L'ODONTOLOGIE

31e année. Vol. XLVI — N° 13. 15 JUILLET 1911.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
(ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

31e année. — 2e SEMESTRE 1911 — Vol. XLVI.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe — *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :

FRANCE............ 10 fr. | UNION POSTALE...... 12 fr.

Le Numéro : 1 franc.

31e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1911 Vol. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

HYPOTHÈSE SUR LE ROLE DE LA FIBRILLE DENTINAIRE DE TOMES

Par Demarquette, D. E. D. P., D. D. S.

Je vais avoir l'honneur de vous faire part de considérations que je crois nouvelles sur le rôle de la fibrille dentinaire dite fibrille de Tomes.

Nous ne possédons en effet que des hypothèses sur le rôle de cette partie de la dent et il règne même une grande incertitude sur différents points de l'histologie dentaire, notamment sur la nature des odontoblastes qui fournissent la fibrille dentinaire et sur l'innervation de cette dernière. Je vais résumer sommairement les plus récentes théories sur ces sujets.

Je ne m'attarderai pas aux querelles récentes des histologistes sur la réalité de l'existence des canalicules de Tomes ou de la gaîne de Neumann. Ces questions, où les plus grands noms de l'histologie dentaire sont en conflit, ne se rattachant pas au sujet de cette communication, nous les laisserons de côté. La chose qui nous importe c'est l'existence de la fibrille dentinaire, qui n'est mise en doute par personne.

La fibrille dentinaire est formée par les cornes périphériques des cellules de la membrane de l'ivoire, généralement appelées odontoblastes.

Les opinions sont partagées sur l'innervation de la

fibrille dentinaire. Suivant les auteurs, les extrémités périphériques des nerfs dentaires, après avoir dépassé le plexus de Raschkow et s'être débarrassé de leur gaîne de myéline, passent entre les odontoblastes et pénètrent dans la dentine parallèlement aux fibrilles dentinaires, ou passent dans la dentine dans des canaux spéciaux (c'est là la théorie de *Boll*, de *Römer* et de *Morgenstern*), ou bien passent entre les odontoblastes jusqu'à la surface interne de la dentine qu'elles tapissent (théories de *Retzius*, de *Huber* et de *Schöffer*), ou bien elles vont se terminer dans des cellules étoilées situées au-dessous des odontoblastes avec lesquels elles communiquent (théorie de Legros et Magitot), ou bien elles se jettent directement dans les odontoblastes (théorie d'Aitchison Robertson, de Mummery, de M. Pont qui fait de l'odontoblaste une sorte de cellule nerveuse comparable aux neurones sensoriels périphériques), ou bien elles communiquent avec la fibrille dentinaire pour Bödecker.

Il est un fait certain, et c'est ce qui nous intéresse, c'est que les sensations sont transmises de la périphérie de la dentine au plexus de Raschkow et de là aux nerfs du centre de la pulpe.

Nous nous trouvons donc en présence d'une fibrille dentinaire issue des cellules dites odontoblastes et accompagnées ou innervées par les prolongements des nerfs dentaires. Quel peut bien être son rôle? Les divers auteurs qui se sont occupés de cette question ont émis deux théories. L'une donne à la fibrille dentinaire un rôle odontoblastique, c'est la plus ancienne. Neumann, à l'appui de cette théorie, remarquait qu'à un âge avancé la fibrille dentinaire se calcifiait. Walkhoff, dans « Die Normale Histologie menschlicher Zähne », est d'avis que la fibrille sert essentiellement à la nutrition de la dentine. Kolliker a la même opinion. Charles Tomes partageait autrefois cette façon de voir, mais il a déclaré à Birmingham en 1893 : « Nous avons toujours été habitués à dire que les odontoblastes forment toute la dentine ; nous savons maintenant qu'il n'en est pas ainsi ».

La théorie de Heitzman et Bödecker, soutenue depuis par Abbott, de New-York, dit que les odontoblastes se divisent à leur extrémité périphérique en corpuscules médullaires, qui sont d'abord infiltrés par une substance basale gélatineuse, ensuite par des sels calcaires.

Hopewell Smith s'élève contre cette opinion et prétend restreindre le rôle de la fibrille dentinaire à la transmission des sensations. Il croit la dentine vitalisée par une exudation protoplasmique émanant des capillaires de la pulpe et que les vraies cellules odontoblastiques, celles qui sécrètent la dentine secondaire et les tissus minéraux de la dentine, sont les cellules rondes de la pulpe. Coleman donne aussi à la fibrille dentinaire un rôle tactile.

Je ne prendrai pas position en ce qui concerne les théories faisant ou non de la fibrille dentinaire un agent de la calcification de la dentine. Je ferai à la théorie donnant à la fibrille dentinaire un rôle de sensibilité tactile ou colorique le grave reproche suivant : quand nous étudions la fonction d'un organe, nous devons considérer cet organe dans sa vie normale, c'est-à-dire intact et sain, et non pas à l'état pathologique.

La nature n'a pas créé les dents pour en faire les proies de la carie ; au contraire elle a apporté tous ses soins à préserver leur intégrité, et la fréquence de la carie est due au mauvais état de la santé de l'homme civilisé, imputable au genre de vie anormale qu'il mène.

Dans nos recherches sur le rôle de la fibrille dentinaire nous envisagerons donc la dent à l'état normal, c'est-à-dire intacte.

Cela ne nous empêchera pas d'admettre que dans le cas de la carie, le rôle de la fibrille dentinaire peut être, sous l'excitation produite par les microbes ou leurs toxines, d'avertir la pulpe du danger et de provoquer ainsi la formation de la dentine secondaire. Mais ce rôle doit être considéré comme exceptionnel et très secondaire.

Quelle peut bien être la fonction de la fibrille dentinaire dans une dent normale ? Evidemment pas un rôle tactile,

puisque la dentine est recouverte par l'émail, substance inélastique et indéformable, ne transmettant pas les impressions de contact. On pourrait prétendre que la fibrille dentinaire a une sensibilité au chaud et au froid destinée à empêcher l'absorption d'aliments trop chauds ou trop froids. Cette hypothèse est aisément détruite par le fait que d'abord ce rôle est dévolu aux muqueuses des lèvres et de la cavité buccale, et qu'ensuite les dents saines sont peu sensibles aux écarts de température dans les deux sens.

Donc la question du rôle de la fibrille dentinaire, comme élément nerveux, reste entière. Les dents étant destinées avant tout à la mastication des aliments, c'est de ce côté que doivent porter nos recherches.

A la suite de la théorie moderne que la matière n'est qu'une forme condensée de l'énergie les diététistes ont été amenés à considérer la question de l'alimentation sous un jour nouveau. Jusqu'ici on n'envisageait dans un aliment que sa composition chimique, son aptitude à fournir au corps du combustible ou des matériaux. Maintenant on considère les aliments comme étant en outre une source d'énergie, c'est-à-dire comme libérant à leur entrée dans l'organisme une certaine quantité d'énergie qu'ils contiennent en puissance. On admet que les aliments crus contiennent une plus grande quantité de cette énergie que les aliments cuits. Ces théories sont soutenues par Pascault, de Cannes, par Kelloy Mac Fadden, aux Etats-Unis et par tous les diététistes modernes en général. Elles sont vérifiées en effet par le fait qu'entre le moment où les aliments sont absorbés et celui ou, digérés et assimilables, ils arrivent dans le torrent sanguin prêts à remplir leur rôle nutritif et réparateur, il s'écoule un laps de temps variable avec les sujets, mais durant en général quelques heures. Or nous savons tous par expérience que, quand un homme fatigué prend un repas, immédiatement après il se sent rempli d'une vigueur nouvelle, prêt à fournir des efforts qu'il aurait été incapable de produire avant de manger, et cela longtemps avant que les aliments absorbés soient digérés.

On expliquait ces faits en disant qu'il y a excitation des nerfs du tube digestif au contact des aliments ingérés, excitation qui stimulerait l'organisme. Mais la continuité de la force procurée par un repas semble montrer qu'il y a bien apport réel d'énergie et non pas excitation. De plus c'est une loi en physiologie que toute excitation est suivie d'une dépression égale en intensité.

Or cette dépression ne se produit pas à la suite des repas. Il est donc vraisemblable qu'une forme d'énergie est libérée par les aliments à leur entrée dans l'organisme. Cette théorie est encore confirmée par le fait que les fruitariens, qui se nourrissent à peu près exclusivement de fruits crus, arrivent à produire des efforts considérables avec une alimentation presque insuffisante au point de vue chimique pur.

On est donc fondé à admettre qu'il y a cession d'énergie des aliments à l'organisme. Or cette cession doit être d'autant plus active que les aliments sont divisés en parcelles plus petites permettant à l'énergie de s'en mieux dégager. C'est au niveau des dents que cette division est produite et il est probable que c'est là que l'absorption d'énergie, si toutefois elle se produit, atteint son maximum.

Or je pense, et c'est là le motif de cette communication, que la fibrille dentinaire, sans préjudice des autres fonctions qu'elle peut avoir, a pour rôle d'absorber ou plutôt de recueillir, de transmettre cette énergie. Je pense du reste que ce rôle doit être rempli, mais à un moindre degré, par les cellules nerveuses des parois du tube digestif en général.

Je passe à l'examen des faits qui militent en faveur de l'hypothèse émise.

1° Les animaux sauvages, qui n'absorbent que des aliments crus, et par cela même plus riches en énergie, n'ont que très rarement les dents gâtées, tandis que les animaux domestiqués et qui sont alimentés d'une façon moins normale en ont plus souvent. Ceci peut prouver que le meilleur état de l'appareil dentaire des animaux sauvages pro-

vient d'une plus grande activité fonctionnelle venant d'une absorption plus considérable d'énergie à travers la fibrille dentinaire. Mais ce fait n'a que la valeur d'une supposition.

2° Les papilles gustatives situées dans la bouche ont pour but d'empêcher l'homme de s'empoisonner, mais leur rôle le plus usuel est de prolonger la mastication par suite du plaisir causé par la présence des aliments dans la bouche. Jusqu'ici on considérait que c'est seulement dans le but d'assurer une bonne digestion. Sans prétendre y trouver une confirmation de mon hypothèse, on peut croire que la plus grande division des aliments a aussi pour but de mieux libérer l'énergie contenue par les aliments.

3° L'étude de la fibrille dentinaire apporte une vérification plus importante. Les fibrilles dentinaires, en se rapprochant de l'émail vont en se divisant de plus en plus, de sorte que sur la périphérie de la dentine leurs extrémités se présentent comme des millions de petites antennes prêtes à recevoir l'énergie ambiante comme un poste de télégraphie sans fil.

4° Tomes père remarque que : les canalicules dentinaires destinées à la surface de la dent sont plus nombreux que ceux destinés aux côtés de la couronne. Il est évident que cette disposition semble découler d'une plus grande activité fonctionnelle dans cette région qui est celle de la mastication par excellence, et par suite celle où l'énergie serait surtout libérée. C'est un argument important en faveur de mon hypothèse.

5° Les canalicules des racines ont des ramifications nombreuses sur tout leur parcours, tandis que ceux de la couronne se rendent à peu près directement à la périphérie, où ils se terminent en bifurcations. Cette différence de structure doit correspondre à une différence de fonctions. La disposition des canalicules coronaires est plus favorable à l'absorption que celle des canalicules radiculaires.

6° Les odontoblastes, sources de la fibrille dentinaire, sont très nombreux dans la partie coronaire de la pulpe,

moins nombreux à la partie cervicale et presque imperceptibles dans la région radiculaire. Il est légitime de prétendre que l'activité fonctionnelle de la fibrille dentinaire doit être plus grande dans ces régions. Or cette activité ne peut être expliquée si l'on n'admet pas de rapports avec l'extérieur, au moyen d'agents pouvant pénétrer l'émail, c'est-à-dire d'agents fluidiques.

7° Römer, à la suite de ses nombreuses et patientes recherches, est arrivé aux conclusions suivantes que je cite d'après Hopewell Smith.

a) Les nerfs de la pulpe pénètrent dans la dentine sous forme de fibres sans myéline.

b) La plupart des filaments nerveux s'irradient des cornes de la pulpe, les autres parties de la couronne en sont moins riches et la dentine des canaux en est dépourvue. Ce serait encore un argument en faveur de mon hypothèse, puisque c'est la partie de la dent correspondant aux cornes de la pulpe, c'est-à-dire les cuspides, qui pénètre le plus intimement parmi les aliments et est la mieux placée pour absorber l'énergie.

C) Römer prétend qu'une partie des canalicules dentinaires s'élargissent en arrivant à la zone granuleuse et forment des petites cavités en forme de fuseau et de massue, dans lesquelles on remarque une substance vivement colorée par le chlorure d'or, qu'il regarde comme les corpuscules terminaux des nerfs sensitifs de la dentine. Le fait que ces cellules sont surtout situées sous la face triturante semblerait indiquer qu'il se produit vraiment à cet endroit un phénomène nécessitant la présence de nombreuses cellules nerveuses.

Le fait que toutes ces fibrilles convergent vers la pulpe semble indiquer qu'il y a réception. Or comme il ne peut être question de sensations pour des raisons antérieurement exposées, ni d'ordres puisqu'il n'y a pas d'organe qui puisse les exécuter, il ne nous reste plus à envisager que la transmission d'énergie, c'est-à-dire l'hypothèse que nous émettons.

Le fait du reste que les opinions de Römer sont criti-

quées importe peu, puisqu'on s'accorde à reconnaître que la fibrille dentinaire, de quelque source que lui provienne son innervation, se comporte comme le prolongement d'une cellule nerveuse.

Morgenstern confirme absolument les vues de Römer. Il prétend même qu'une partie des nerfs pénétrant la dentine se terminent dans l'émail. Ceci confirmerait encore mon hypothèse.

En résumé mon hypothèse me paraît être rendue assez plausible par la disposition de la fibrille dentinaire, ou plutôt, pour ne préjuger de rien, de la partie organisée de la dentine, qu'elle comprenne ou non des nerfs.

Néanmoins, je me rend compte, étant donné la nouveauté des phénomènes invoqués, que mon opinion est hypothétique ; aussi je me garde de ne rien affirmer.

J'espère seulement que des confrères plus autorisés et plus compétents que moi arriveront à découvrir la vérité sur ce point si intéressant de la physiologie dentaire.

Permettez-moi en terminant de vous remercier de l'attention bienveillante que vous m'avez témoignée.

REVUE DES REVUES

RESPIRATION PAR LA BOUCHE ET CONTOUR FACIAL AVEC PROJET DE CLASSIFICATION

Par William Rushton.

M. William Rushton a rendu compte en janvier 1911 à la Société anglaise d'orthodontie de recherches auxquelles il s'est livré sur les variations anormales que présente le contour de la face pour essayer d'en expliquer les causes et de proposer une classification.

Il a examiné un certain nombre de crânes à arcades bien développées et à dents régulières. Il avait été frappé de ce fait que l'angle formé par la branche montante avec le corps de la mâchoire inférieure varie suivant les individus. Il avait remarqué aussi que le trait principal de l'anomalie faciale est causé par la position de la mâchoire inférieure, qui est antérieure ou postérieure à sa propre position. Il a voulu se rendre compte de ces deux phénomènes et les mettre en corrélation. Pour apprécier le premier il prit un point juste en face de l'ante-helix de l'oreille (correspondant à la cavité glénoïde), puis le point où la branche rejoint le maxillaire inférieur et un point dans le même plan correspondant à la pointe du menton. C'est ce qu'on appelle l'angle mandibulaire. Pour l'évaluer il prit en face de l'oreille le même point, dans le même plan correspondaut à la base du nez (ces points étant sans doute des points passablement stables du crâne) et mesura l'angle formé par ceux-ci avec une ligne menée de la base du nez au point le plus proéminent du menton. C'est ce qu'il appelle l'angle auriculo-facial ou de profil.

Dans les crânes européens d'un bon type il a constaté une grande similitude dans les angles mandibulaires et les angles de profil respectivement, le premier variant de 110° à 118°, le second de 70° à 75°. Il mesura ensuite beaucoup de jolis types de statues d'anciens Grecs ou d'anciens Romains et trouva que l'angle mandibulaire mesurait en moyenne 115° et l'angle de profil 73°. Il prit donc ceux-ci pour le modèle idéal et à bon droit, car la nature et l'art sont d'accord à cet égard.

Il a constaté que l'angle mandibulaire est très stable parmi toutes les races humaines. Il a mesuré les mâchoires inférieures d'indigènes de l'Afrique méridionale, de l'Afrique occidentale, de l'Egypte, de la Nouvelle Calédonie, de la Mongolie, des Indes, et cet angle varie de 112° à 123° habituellement, quoiqu'il ait rencontré 125° chez des Indous et des Nègres. Ce n'est pas l'angle mandibulaire qui donne au nègre son apparence prognathe; celle-ci est causée par l'angle de profil qui est large, en raison de la longueur du corps du maxillaire, les grandes dents qui avancent dans les mâchoires, l'inclinaison en

avant des incisives, l'épaisseur des lèvres et la platitude du nez. La denture du nègre est une forme exagérée des cas dans lesquels les mâchoires sont trop grandes pour la face. Mais le prognathisme du nègre est naturel et M. Rushton pense que c'est créer une confusion que d'employer le même terme pour un cas pathologique provenant de causes totalement différentes.

Dans la prime jeunesse l'angle mandibulaire est plus obtus que plus tard, quand il est normal. Il a mesuré la collection de maxillaires d'enfants du Collège des chirurgiens. Quelques-uns sont évidemment pathologiques, mais la moyenne varie de 140° (1re année) à 130° (3e année), 125° (5e), 120° (9e), 118° (14e). Cet angle à 8 ou 9 ans n'est plus obtus du tout.

L'auteur n'accepte pas sans réserve l'opinion que la vieille mâchoire inférieure édentée est obtuse et se rapproche de celle de l'enfance, car il a mesuré toutes celles du Collège et quoique quatre aient en moyenne 130°, on en trouve 6 à 114°. Il est hors de doute que c'est par la résorption que l'angle devient obtus jusqu'à un certain point et il faut tenir compte aussi de la grandeur de l'angle à l'âge mûr et du port possible d'un dentier.

La classification des patients au moyen des modèles dentaires seuls n'est pas suffisamment complète ; il faut aussi tenir compte de l'harmonie des traits. Dans bien des cas d'irrégularités dentaires les traits ne sont pas intéressés, et dans beaucoup de ceux où ils le sont l'occlusion correcte et l'amélioration faciale vont de pair. Mais il y a bien des cas dans lesquels la confusion peut se produire et le traitement peut être faux si la classification dentaire seule est employée. Si cette dernière est nécessaire, la classification faciale l'est aussi.

Connaissant les angles normaux on peut aisément découvrir toute anomalie des maxillaires et la désigner par son propre signe +, —, O, avec la distance en millimètres, suivant qu'elle est antérieure, postérieure ou d'accord avec notre type. Si l'angle mandibulaire est exact, on peut dire par l'angle de profil de combien le maxillaire est anormal. Si l'angle de profil est exact, quoique l'angle mandibulaire soit anormal, on ne peut faire que peu de chose ou même rien du tout pour améliorer ce dernier, excepté au début.

Classification.

Position des maxillaires par rapport à l'angle de profil de 73'.

Mx O	Mb O	=	Normal.
Mx +	Mb O	=	Suçage du pouce, etc.
Mx +	Mb +	=	Type négroïde.
Mx +	Mb —	=	2e classe d'Angle. 1re D ?
Mx O	Mb —	=	2e — — 2e D ?
Mx —	Mb O	=	Bec-de-lièvre par exemple.

Mx — Mb — = Absence de dents : absence de développement.
Mx O Mb + = } Variétés de la classe 3 d'Angle.
Mx — Mb + = }

L'importance d'une classification semblable, c'est qu'elle laisse à l'orthodontiste la liberté d'adopter les mesures qu'il juge à propos de choisir pour obtenir la régularité des traits et des arcades. L'auteur ne déprécie pas l'importance d'une occlusion naturelle parfaite, mais pense qu'elle serait achetée trop cher ; il apprécie davantage un résultat qui peut être obtenu par les moyens les plus rapides et les plus simples en étudiant comment on peut obtenir le mieux l'utilité fonctionnelle et l'aspect. Il a le respect d'une denture complète ; mais il n'hésite pas à recourir à l'extraction au lieu de condamner les jeunes patients à porter des appareils, pendant des années peut-être, à leur grande incommodité et peut-être au détriment de la membrane du périodonte. Depuis 20 ans il voit des cas dans lesquels on a eu recours à l'extraction ; le remède était aisé, la condition d'équilibre stable plus aisément obtenue et l'articulation parfaitement fonctionnelle.

Si l'auteur parle peu du maxillaire supérieur, ce n'est pas qu'il dédaigne son importance, car c'est ce qui préoccupe le plus les parents ; mais le maxillaire est moins fautif qu'on ne l'est à son égard et l'on peut plus aisément le ramener à la normale que la mâchoire inférieure. La place véritable de la lèvre supérieure est juste en face de la lèvre inférieure, et si l'on peut amener celle-ci à sa vraie place, il n'est pas difficile d'ajuster le maxillaire supérieur, dans la grande majorité des cas, de sorte que la lèvre supérieure tombe à sa vraie place.

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Toutes les irrégularités des traits, sauf celles de causes congénitales ou traumatiques, sont causées par les rapports anormaux des mâchoires avec le crâne ;

2° Ces irrégularités sont causées par une action anormale musculaire continue, résultant de l'habitude vicieuse de respirer totalement ou partiellement par la bouche dès le jeune âge ;

3° Elles sont invariablement associées à un agrandissement de l'angle mandibulaire et à une diminution de la longueur de la mâchoire inférieure comparativement à la longueur de la face ;

4° L'angle de profil peut être inférieur, égal ou supérieur à la normale ; les deux angles pris ensemble constituent un guide utile pour la classification et le traitement ;

5° Les angles qui varient sont sans doute accompagnés de conditions bien définies des arcades dentaires. Les conditions des irrégularités faciales et dentaires résumées dans une formule doivent représenter scientifiquement tous les cas.

(*Dental Record*, mars 1911.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mars 1911.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 7 mars, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon.

Le président fait part des excuses du secrétaire général absent.

M. le président. — J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue ce soir à M. le Dr Chapot-Prévost, professeur à l'Ecole dentaire de Rio de Janeiro.

M. Chapot-Prévost n'est pas un inconnu pour vous, j'en suis sûr, pas plus qu'il ne l'est pour moi : nous avons eu en effet le plaisir de le voir ici à Paris il y a une quinzaine d'années. Il a suivi à Rio de Janeiro le mouvement d'évolution de la profession dentaire française et il connaît tous ceux qui ont travaillé à cette évolution, comme Dubois, Martin, de Lyon, etc. dont il nous rappelait tout à l'heure les travaux. Non seulement il connaît l'évolution qui s'est faite en France, mais il l'a suivie et il a tâché d'appliquer à Rio les idées que nous avions ici sur cette évolution.

Il a fondé en 1900 une Ecole dentaire libre, à peu près sur les mêmes bases que celle de Paris, avec une Association à peu près analogue à la nôtre. Cette Ecole s'est même développée concurremment avec celles des Facultés et Universités du Brésil, mais plus heureux que nous, je dois le dire, il a obtenu du Parlement brésilien la reconnaissance de cette Ecole dentaire libre qui délivre des diplômes qui permettent l'exercice de l'art dentaire au Brésil, au même titre que le diplôme de la Faculté. Il vous le dira d'ailleurs lui-même tout à l'heure, car je ne voudrais pas déflorer sa communication.

Il a obtenu également qu'au bout de quatre ans cette école délivre le diplôme de docteur en Odontologie. Ainsi le Brésil, qui a paru suivre notre évolution, la précède aujourd'hui.

Du reste, actuellement, vous savez quels liens unissent de plus en plus l'Amérique du Sud, l'Amérique latine, à notre pays, à la France, et combien il y a d'échanges qui se font aujourd'hui entre le Brésil et la France.

Les Brésiliens sont venus nombreux en France, mais aussi beaucoup de nos hommes politiques, de nos littérateurs, de nos artistes ont été porter depuis de nombreuses années l'influence des arts

français, la bonne parole française au Brésil. Actuellement, un de nos grands journaux illustrés de Paris : l'*Illustration,* nous rend compte du voyage d'un de nos hommes politiques en vue : M. G. Clemenceau aux Etats-Unis du Brésil.

C'est à tous ces titres que nous éprouvons la plus grande satisfaction d'avoir parmi nous ce soir notre collègue M. Chapot-Prévost.

I. — L'organisation de la profession et de l'enseignement dentaires au Brésil, par M. Chapot-Prévost.

M. Chapot-Prévost donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *Odontologie*, 15 avril, p. 293.)

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je voudrais demander à M. Chapot-Prévost, ce qu'il entend par les huit préparatoires qui précèdent les deux années d'études.

M. Chapot-Prévost. — C'est un examen de sciences et de langue, une sorte de baccalauréat.

M. Amoëdo. — Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour rendre un public témoignage de ma gratitude à M. Chapot-Prévost, pour l'accueil si bienveillant qui m'a été fait par lui, à Rio de Janeiro.

J'ai connu M. Chapot-Prévost lors de sa visite en France, il y a une quinzaine d'années, et depuis, j'ai toujours suivi avec grand intérêt ses travaux, ses efforts et ses publications pour le développement de l'enseignement dentaire au Brésil.

A Rio de Janeiro, j'ai été témoin de la manière dont M. Chapot-Prévot est apprécié par tous ses confrères, et ce n'est pas exagéré, de vous dire que son rôle dans l'évolution de l'odontologie au Brésil est un peu celui qu'a tenu en France notre président.

J'ai visité quelques écoles dentaires du Brésil, et j'ai été étonné de voir le développement que l'Odontologie prend dans ce pays. Je serais donc heureux d'entendre M. Chapot-Prévost ratifier les paroles que M. Aguilar m'a dites à ce sujet : il m'indiquait, en effet, que le nombre des dentistes au Brésil s'élevait à 3.000.

M. Chapot-Prévost. — Plus de 3.000 même.

M. Amoëdo. — Vous voyez par ce chiffre, messieurs, combien la profession dentaire est développée au Brésil.

Parmi les écoles dentaires du Brésil, il me semble que M. Chapot-Prévost en a oublié une : celle de Pernambuco.

J'ai visité l'Ecole de Sao Paulo, qui compreud une école de Pharmacie, d'Odontologie et d'Obstétrique. Elle est dirigée (elle l'était du moins jusqu'en décembre dernier) par l'éminent maître M. Carvalho. Depuis cette époque elle est dirigée par un pharmacien. L'Ecole d'Odontologie occupe dans ce bâtiment une partie prépon-

dérante. La salle de dentisterie opératoire est très bien comprise et elle possède des fauteuils avec crachoirs-fontaine. Le laboratoire de prothèse prend aussi une grande partie du bâtiment. Le professeur Carvalho s'est beaucoup adonné à cet enseignement et il a obtenu des recrues de grand mérite.

Dans l'Etat de Minas Géraes, il y a aussi deux Ecoles dentaires : celle de Juiz de Fora, que j'ai visitée et celle de Bel Horizonte.

Il y a là une installation très remarquable pour la dentisterie opératoire et surtout pour la prothèse qui y est enseignée par le professeur Ottoni Tristan. J'ai vu que là aussi on donne une grande importance à cet enseignement, car on y confectionne des ponts, des couronnes, bref tous les derniers perfectionnements.

A Rio de Janeiro, comme le disait tout à l'heure notre éminent confrère, il y a l'Ecole libre des dentistes et l'Ecole dentaire officielle, à la Faculté de médecine. L'Ecole de médecine a le désavantage de ne pas enseigner la prothèse tandis que l'Ecole d'Odontologie donne la prépondérance à la prothèse.

M. le président. — Mais les deux diplômes délivrés par l'une ou par l'autre ont la même valeur.

M. Amoëdo. — Bien que l'enseignement soit supérieur à l'Ecole libre, il y a beaucoup de dentistes qui vont à l'Ecole de la Faculté en raison du prestige que son diplôme a vis-à-vis du public et quoique les deux diplômes aient la même valeur, ces confrères préfèrent dire : Diplôme de la Faculté de médecine.

A mon retour en Europe, mon premier soin a été de faire nommer M. Chapot-Prévost, membre honoraire de la Société odontologique de France, à l'assemblée du mois de décembre. J'ai obtenu les mêmes distinctions pour nos confrères Amancio de Carvalho, de Sao Paulo, Aristide Benicio de Sa, professeur d'Odontologie à la Faculté de médecine de Rio, Charles Carpentier, directeur de l'Institut libre d'Odontologie et directeur de la *Revista Dental Brasileira* et la nomination de membre correspondant pour le docteur A. Dias Carvalho, professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole de Juiz de Fora.

M. le président. — Dans la première partie de sa communication, M. Chapot-Prévost vous a beaucoup parlé de la Fédération dentaire internationale et de son influence sur le mouvement qui s'est fait au Brésil. Il est le représentant de la F. D. I. au Brésil.

M. Chapot-Prévost a suivi tous les travaux de la Fédération, il s'en est inspiré pour diriger le mouvement au Brésil. Je suis heureux de l'avoir entendu vous rendre compte de ses idées au sujet de cette Fédération, parce que cela vous montre combien la Fédération dentaire internationale a été un organisme utile, précieux, important dans le mouvement d'évolution de l'art dentaire qui s'est fait dans tous les pays et qui a permis de coordonner, d'unifier les efforts, de faire mar-

cher l'évolution à peu près dans une même vue, en tenant compte des différences locales.

M. Chapot-Prévost vient de vous apporter le témoignage vivant de cette influence considérable exercée par la F. D. I. sur l'évolution de la profession dentaire dans les divers pays.

Au titre de membre de la Fédération dentaire internationale, M. Chapot-Prévost était membre honoraire de notre Société, de notre Groupement, comme nous avons nommé membres de notre Groupement, de la Société de l'Ecole tous les membres du Conseil de la Fédération dentaire internationale. Or vous êtes tous d'avis, j'en suis sûr, qu'il a bien mérité le titre que nous lui avons accordé par le travail considérable qu'il a fait comme représentant de la Fédération dentaire internationale dans son pays.

M. Amoëdo vous a dit combien la profession dentaire était importante au Brésil. Je suis sûr que, comme moi, beaucoup de nos collègues ne se doutaient pas qu'il y avait au Brésil un nombre aussi important de dentistes: plus de 3.000, presque 4.000. Il y en a environ 2.000 à Rio de Janeiro, qui est une ville d'un million d'habitants. Dans les 20 provinces du Brésil (vous savez que le Brésil est grand comme la Russie) il y a 20 millions seulement d'habitants, mais au point de vue professionnel il y a un nombre assez grand de Sociétés, un nombre relativement considérable d'Ecoles dentaires.

On peut dire qu'il y a dans chaque province une Université ou sinon une université complètement organisée, du moins un groupement d'écoles ou de facultés.

Pour une province on vous a signalé le groupement d'une Ecole de pharmacie, d'obstétrique et d'art dentaire. L'Odontologie reconnue y tient sa place et Amoëdo vient de nous dire qu'à l'Ecole de Sao Paulo il y avait des tours de Doriot et une installation des plus luxueuses pour les élèves. J'ai eu le plaisir de soigner un ingénieur ces jours-ci qui a fait la salle de consultation de San Paulo. C'est, paraît-il, doublé d'opaline depuis le bas jusqu'en haut. Cela a coûté plusieurs millions. C'est construit avec les derniers progrès modernes. J'insiste sur tous ces points, pour vous montrer que pour nous Français il faut que ce soit des motifs de nouvelle émulation. Il ne suffit pas, suivant notre habitude de français, de faire un grand effort à un moment donné, comme on l'a fait il y a 30 ans et continué il y a une vingtaine d'années, et puis s'arrêter pensant qu'on a repris la tête, rattrapé le terrain et le temps perdus. Mais les autres pays marchent, en art dentaire notamment. Ceux de nos confrères qui voyagent, comme Amoëdo, à la suite de la Fédération dentaire internationale, ou même sans elle et qui s'en vont dans les différents pays pour porter la bonne parole, se rendent compte que les mêmes motifs qui nous ont fait agir, c'est-à-dire le discrédit dans lequel se trouvait notre

profession, la mauvaise organisation dont elle souffrait, existent dans tous les pays.

Cela a été autant de motifs d'émulation dans tous les pays qui ont produit une évolution, mais cette évolution a été dans certains pays extrêmement rapide, et c'est ainsi qu'au Brésil, comme nous venons de le voir, nos confrères en sont arrivés à faire appliquer des choses qui sont encore à l'état d'expérience chez nous, comme le Doctorat en Odontologie. Au Brésil ils ont le Doctorat, ce qui est encore inscrit dans vos programmes comme une espérance éloignée et difficilement réalisable. Ils ont leurs écoles libres créées par les dentistes, d'après leur programme et d'après le programme technique des dentistes, des écoles où on enseigne la technique, la prothèse. Ces écoles, ou du moins celle de Rio est consacrée par le Parlement et a droit de délivrer des diplômes au même titre que la Faculté de médecine, et non seulement des diplômes de chirurgiens-dentistes, mais encore de docteurs en Odontologie. Je pense que nous ne saurions trop insister auprès de nos confrères à ce sujet.

M. Chapot-Prévost disait tout à l'heure qu'il vient beaucoup de monde aux réunions des dentistes, il soulignait qu'à Rio il en venait moins, les confrères sont quelquefois zélés, quelquefois moins. Le nombre des confrères qui suivent les réunions varie à peu près dans tous les pays entre 5 et 10 0/0 de l'effectif des professionnels.

Nous allons aller cette année à Londres où les réunions auxquelles nous assistons comprennent généralement 7 à 800 quelquefois 1.000 membres sur 7.000 dentistes.

Nos Congrès en France comprennent un nombre plus restreint de membres. Or nous ne saurons jamais trop mettre sous les yeux de nos confrères les résultats qui ont été acquis dans les différents pays, et en particulier au Brésil afin que notre émulation en soit augmentée d'autant pour que notre évolution ne se ralentisse pas.

Je voulais insister sur ces quelques points avant de donner à nouveau la parole à M. Chapot-Prévost.

M. Chapot-Prévost. — Excusez-moi d'user encore de votre indulgence, c'est pour dire quelques mots à notre confrère M. Amoëdo dont j'ai fait la connaissance il y a 15 ans, lorsque j'étais à Paris, et qui nous a fait l'honneur de nous visiter à Rio de Janeiro il y a quelques mois.

M. Amoëdo ne devait pas se montrer étonné de l'accueil très mérité qu'il a eu au Brésil, parce que son nom y était déjà très connu. Sa thèse sur les dents en médecine légale est un travail très connu par les dentistes et c'est une attestation vivante de ses connaissances. Et quand je vous ai dit qu'on travaillait beaucoup au Brésil, j'aurais pu ajouter qu'on y connaissait les travaux de M. Amoëdo ; en l'ac-

cueillant comme nous l'avons fait, nous n'avons fait que rendre justice à son autorité.

II. — Présentation d'une vis pour l'extraction des racines, par M. Chapot-Prévost.

M. Chapot-Prévost présente un instrument pour l'extraction des racines ; à cet instrument est adjoint un autre instrument pour la préparation de la racine.

Discussion.

M. Amoëdo. — Il m'est arrivé une fois de me servir du piton d'une tringle à rideaux, en donnant un coup de lime pour rendre la vis triangulaire. J'ai enfoncé cette vis dans la racine que j'ai pu enlever avec assez de facilité.

Vous voyez que c'était un procédé présentant quelque analogie avec celui de M. Chapot-Prévost. Celui-ci a une fraise qui prépare le canal, ce qui est très bien.

M. Touvet-Fanton. — Je trouve ce petit instrument extrêmement ingénieux. C'est un levier articulé qui peut prendre toutes les inclinaisons et son application doit être très générale, tandis que l'emploi de celui qui est tout droit est forcément très déterminé. Je félicite beaucoup notre confrère de son ingéniosité.

M. le président. — Je remercie M. Chapot-Prévost de ses deux communications. De la première sur l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire au Brésil qui vous a tous intéressés et qui je pense nous sera extrêmement utile lorsqu'elle sera publiée dans *L'Odontologie* pour nous aider dans notre campagne pour l'évolution de la profession chez nous. Elle nous permettra effectivement de dire qu'au Brésil on a réussi, les dentistes ont réussi à obtenir pour quatre années d'études le titre de docteur en Odontologie. C'est une chose extrêmement importante et je serai pour ma part extrêmement heureux de l'insertion de cette communication dans notre Journal.

A ce titre nous devons remercier M. Chapot-Prévost. Nous le remercions aussi d'avoir profité de sa présence ici pour oublier une minute les nombreuses attractions qui attirent les étrangers dans notre capitale — c'est lui qui me l'a dit — et d'avoir sacrifié une soirée pour venir à la Société d'Odontologie.

Enfin je suis heureux à l'occasion des remerciements que je lui adresse de le remercier encore du bon accueil qu'il a fait à notre collègue et ami de la Société Odontologique de France : M. Amoëdo, à notre collègue de la Fédération dentaire internationale M. Aguilar, lors de leur visite récente au Brésil.

Je suis heureux au nom de la Société d'Odontologie de lui apporter le témoignage de notre gratitude pour les efforts qu'il a faits durant

20 ans pour l'évolution de l'art dentaire dans son pays et pour l'application au Brésil des idées des odontologistes français.

II. — Les interventions sur la pulpe et les rameaux radiculaires, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton fait sur ce sujet une communication au cours de laquelle il signale les excellents résultats qu'il obtient depuis de nombreuses années en employant le mélange acide arsénieux, acide phénique, cocaïne, pour escharifier la pulpe. Il se déclare partisan de l'extirpation de la pulpe.

Discussion.

M. Amoëdo. — Je ne voudrais pas rentrer dans les détails de l'excellente communication de M. Touvet-Fanton mais je désire confirmer les principes qu'il a exposés sur le traitement de la pulpe au troisième degré. Je suis de son avis : je préfère de beaucoup faire l'extirpation complète de la pulpe et extraire tous les rameaux radiculaires des canaux et ensuite obturer ces canaux.

L'autre soir, lorsque notre confrère M. Teisset nous a lu sa communication nous exposant son traitement qu'il présentait comme un traitement rapide, j'ai été surpris en écoutant l'exposé de la technique qu'il employait, de voir que c'était une technique un peu plus compliquée encore que celle indiquée par M. Touvet-Fanton et que celle que nous pratiquons généralement pour l'extirpation de la pulpe.

Je suis d'avis de faire l'extirpation de la pulpe complète, cela même au détriment de la solidité de la couronne. Je préfère sacrifier la couronne mais avoir la certitude que le traitement des canaux est complet. J'ai la conviction que nous rendons bien plus service au malade en laissant des racines bien soignées. Je diffère un peu dans les moyens d'obturation. Je préfère pour ma part employer une solution de chloropercha. Je ne veux pas faire de réclame pour des maisons, mais après avoir essayé beaucoup de pointes de gutta-percha, j'en ai trouvé de bons modèles à la maison Ash. Avec ces pointes qui sont très longues, on peut arriver à suivre la courbe d'une racine et à aller le plus loin possible, tandis qu'avec les autres procédés des pâtes ou des cotons d'amiante entourant une sonde, on n'a pas la sûreté d'avoir pénétré dans les canaux, d'autant plus que dans le cas de M. Touvet-Fanton il ne fait pas l'élargissement du canal de la racine. J'emploie toujours les forets Gates pour élargir les canaux parce qu'ils sont faits de telle façon qu'on ne peut pas passer au travers de la racine, et qu'ils ne peuvent pas ouvrir un trou, ils ne font qu'élargir le canal.

M. Pailliottin. — Je me rallie tout à fait à l'opinion exprimée par M. Touvet-Fanton pour tout ce qu'il a dit notamment au sujet de

l'ouverture large de la dent, ce qui facilite l'accès dans les canaux.

M. Georges Villain. — Si je demande la parole, ce n'est pas pour discuter de la pulpectomie en général. C'est une discussion qui devrait à mon sens être portée d'une façon spéciale à notre ordre du jour.

Je ferai remarquer seulement un petit point de la communication de M. Touvet-Fanton à propos de l'emploi des anesthésiques pour l'extirpation de la pulpe. M. Touvet-Fanton n'est pas un partisan de l'anesthésie pulpaire proprement dite mais du procédé des caustiques. Je sais que les caustiques donnent de bons résultats : pour ma part je n'ai pas eu à m'en plaindre. On peut ainsi éviter de la douleur aux patients. Mais si j'emploie des anesthésiques, c'est parce que j'arrive à un résultat immédiat. De plus, le malade n'a pas la sensation du foret qui pénètre dans sa dent.

Pour les injections nous avons après les extirpations pulpaires quelques troubles autour du périoste, mais nous pouvons les éviter. La seule objection que je retiens et qu'a faite M. Touvet-Fanton, c'est la possibilité de laisser des filets radiculaires. Je ne crois pas à cette possibilité avec ma façon d'opérer, parce que j'ai pour principe d'obturer d'une façon aussi parfaite que possible le canal d'une dent après en avoir extirpé le filet radiculaire, et pour faire une extirpation parfaite d'un canal, il faut l'ouvrir. Par conséquent, après avoir retiré les filets radiculaires avec mon tire-nerfs, par économie de temps pour mon malade et pour moi, j'ai l'habitude de passer une Beutelrok très fine qui ne perce pas la dentine, je vais jusqu'à l'apex, je repère la longueur puis je passe carrément mes six numéros de Beutelrok. Je ne vois pas la possibilité de laisser un débris de filet radiculaire en procédant de la sorte. J'ai donc la possibilité d'obturer d'une façon absolument certaine mon canal avec la gutta ou une pâte antiseptique quelconque.

M. Chapot-Prévost. — La communication si importante qui vient d'être faite par M. Touvet-Fanton soulève de nombreuses questions. D'un côté nous envisageons la destruction de la pulpe. Je suis partisan, comme M. Touvet-Fanton et M. Amoëdo de la destruction de la pulpe. Quant à la manière de le faire, cela dépend des dents à cause de la décoloration possible. Pour l'obturation des canaux je préfère l'obturation à la chloropercha, parce que le chloroforme est un excellent désinfectant. Quant à la préparation des pointes nécessaires, je préférerais les préparer moi-même afin de leur donner les dimensions que je voudrais. Dans tous les cas on peut contrôler les résultats de ces différentes obturations en faisant des nécropsies dentaires. Ces nécropsies dentaires peuvent être faites aisément lorsque les dents viennent d'être extraites.

M. Touvet-Fanton. — A propos de la décoloration de la dent, je ne vois pas comment un troisième degré proprement conduit, pour

lequel on emploie, comme je le fais, de l'eau oxygénée en lavages, après avoir nettoyé convenablement la dent, je ne vois pas, dis-je, comment la dent pourrait se décolorer. Le fait de procéder à ces lavages à l'eau oxygénée est une raison, à mon sens, pour que ma dent ne se décolore pas.

Sur la question des anesthésiques, je répondrai à M. G. Villain que le résultat qu'il obtient immédiatement avec la novocaïne adrénaline, je l'obtiens au bout de vingt-quatre heures mais sans les inconvénients qui accompagnent parfois l'anesthésie de la pulpe.

A M. Amoëdo, je répondrai que ma matière obturatrice suit bien mieux le contour d'un canal qu'une petite aiguille de gutta, qui si elle est molle ne rentrera pas jusqu'au bout du canal et qui si elle est dure ne s'appliquera que très difficilement sur les parois du canal.

Je trouve qu'il est bien préférable d'employer une pâte. Vous desséchez la racine et vous y introduisez une pâte molle aussi liquide que possible. Cette pâte remontera d'elle-même jusqu'au haut de la racine, aidée en cela par la siccité du canal. Elle viendra même non seulement obturer le canal, mais pénétrera encore par absorption dans l'épaisseur de la dentine.

M. le président. — Vous avez entendu l'intéressante communication de M. Touvet-Fanton, il a apprécié les différentes questions qui ont trait à la carie des deuxième et troisième degrés et à leur traitement. M. Touvet-Fanton nous a parlé de la conservation de la pulpe et du coiffage et aussi de l'amputation pulpaire que M. Roy préconisait récemment comme traitement de la carie de troisième degré.

Il est évident qu'il aurait été souhaitable que M. Roy pût répondre. M. Touvet-Fanton a dit : c'est une méthode qui est moderne, mais est rétrograde. On pourrait dire qu'il serait souhaitable que cette méthode se généralisât, car elle nous donne des résultats sûrs. Nous devons détruire le moins possible de dents dans la bouche de nos patients, c'est entendu, mais de même que nous avons supprimé à peu près l'extraction, il serait souhaitable que les dentistes pussent supprimer l'extirpation pulpaire. La conservation pulpaire devrait être la méthode la plus employée.

Mais, en ce qui concerne la conservation de la pulpe, nous savons tous que les indications sont trop restreintes dans de nombreux cas quand on veut conserver la pulpe, elle se mortifie peu après.

M. Cavalié et d'autres collègues nous ont montré qu'on pouvait avec l'électricité, obtenir l'indication précise des cas où la pulpe peut être conservée et les cas où elle peut être détruite.

M. Roy, dans sa communication, vous a indiqué les cas où, à son avis, il n'était pas nécessaire de faire une extirpation complète et dit que depuis nombre d'années il se contente d'amputer la pulpe.

M. Touvet-Fanton a embrassé la question tout entière. Il nous a

parlé des différents procédés de destruction, à l'aide d'anesthésiques et à l'aide de caustiques.

Il vous a dit que l'extirpation à l'aide d'agents anesthésiques avait des inconvénients. On aurait pu lui dire que la conclusion des inconvénients qu'il signale, c'est qu'il fallait être extrêmement soigneux pour employer les agents anesthésiques parce que, évidemment, on n'a pas de réaction de la part du patient et l'on ne sait pas où on va. Il faut se rendre bien compte de la longueur et de la direction des racines. Mais tous ceux qui ont détruit des pulpes à l'aide de procédés anesthésiques savent qu'on en obtient de très bons résultats.

Ils savent qu'on peut extraire non seulement aussi la pulpe et les filets vasculo-nerveux sans inconvénient, mais que le patient, bien souvent, lorsqu'il revient le lendemain, n'a aucun des accidents que nous signale M. Touvet-Fanton, c'est-à-dire périodontite, troubles généraux par suite de l'emploi d'un anesthésique.

M. Touvet-Fanton nous signale tous ces inconvénients et il a raison. S'il résultait de son observation qu'on emploiera avec beaucoup de prudence les anesthésiques pour la dévitalisation de la pulpe, il nous aurait rendu service, mais cela ne veut pas dire qu'il faut regretter cette méthode.

Plus nous aurons à notre service de méthodes d'agents pour les employer dans les différentes circonstances, mieux cela vaudra puisqu'il y a des moments où il faut agir immédiatement et d'autres où on ne peut attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Personne ne fera le procès de la destruction de la pulpe avec l'acide arsénieux, il a été employé depuis très longtemps. On a même employé le traitement arsenical pour les caries du deuxième degré en se contentant de mettre le caustique dans la cavité et en obturant la dent après. Nos prédécesseurs ont fait cela pendant longtemps : ils n'avaient pas toujours de la périodontite, des abcès alvéolaires comme il nous semble que cela aurait dû être le cas. J'ai connu cette période où les patients disaient qu'ils aimaient mieux faire extraire leurs dents que de les faire obturer, parce qu'ils avaient des abcès. Ils avaient des abcès parce qu'ils avaient des pâtes arsenicales qui supprimaient la douleur immédiatement, mais qui provoquaient des troubles consécutifs, parce qu'on n'extirpait pas la pulpe.

Lorsqu'on a adopté les procédés d'ouverture de la cavité pulpaire et d'extirpation des rameaux radiculaires, on n'a plus eu de ces accidents, mais nous avons eu la période du drainage de la dent que je me borne à rappeler.

Je crois que nous sommes tous d'avis, avec M. Touvet-Fanton, pour dire que l'emploi des pâtes arsenicales avec cocaïne et un véhicule comme l'acide phénique ou la créosote donne de bons résultats. On trouve cela dans tous nos livres classiques, avec différentes

formules. Il est certain qu'après l'application de cette pâte, l'ouverture large de la cavité doit être faite. Un de nos confrères faisait à ce sujet des objections. Vous ouvrez largement vos canaux, par la cavité, si elle est accessible et vous en faites une autre si elle n'est pas accessible.

Le point important, c'est, comme l'a dit M. Touvet-Fanton, d'obtenir un nettoyage parfait des canaux et une extirpation complète. Pour l'ouverture des canaux, chacun a ses procédés; j'emploie les Beutelrok à condition de commencer par le plus fin et de ne pas en sauter un de la série. En passant dans le canal la collection des six numéros, vous ne devez pas laisser le moindre débris dans le canal.

Si on a procédé avec soin, on est tout à fait tranquille : c'est un procédé parfait, qui nous donne toute sécurité, après avoir badigeonné le canal de chloropercha avec formol oueucalyptus, et l'avoir obturé avec des pointes de gutta.

Ce qu'il faudrait peut-être ajouter à la suite d'une discussion comme cela, ce sont des coupes de dents vous montrant les canaux inaccessibles. Il y a des canaux inaccessibles, il y a des formes particulières qui font que vous n'y pénètrerez pas ni M. Touvet-Fanton, ni M. Villain, ni moi. On est obligé de se dire ce que disait un auteur américain : « Dans ces cas je pousse la matière obturatrice le plus que je peux et... à la grâce de Dieu ! »

Il est évident qu'actuellement c'est le seul procédé qui vous donne le plus de sécurité, qui nous permet d'exécuter un bridge ou de faire des travaux sur une dent en nous disant qu'elle n'aura plus d'accidents ou que c'est peu probable.

Si vous aviez la même sécurité avec l'amputation pulpaire en faisant comme Roy nous l'indiquait, en laissant les rameaux cela vaudrait encore mieux. Ceci vous montre combien on pourrait discuter sur ce sujet, à perte de vue. Nous devons remercier encore une fois notre ami Touvet-Fanton d'avoir bien voulu apporter cette discussion devant la Société d'Odontologie.

Avant de lever la séance, M. Godon annonce que *M. Debray*, de Saint-Germain, fait don au musée d'un certain nombre de dents présentant diverses anomalies.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE LUCERNE

Par R. JACCARD, de Genève.

La XXVIe Assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse a eu lieu à Lucerne, les 19, 20 et 21 mai. Elle fut couronnée de succès grâce à l'amabilité de M. le président A. Steiger et de ses confrères lucernois. Une centaine de médecins-dentistes étaient présents. Venus des bords du Rhin ou de ceux du Rhône, de l'Engadine ou du Jura, les praticiens suisses furent heureux de collaborer au progrès de l'Art dentaire, et plus encore, je crois, de se retrouver unis pour quelques heures trop courtes, où les amitiés confraternelles se forment, où l'on sort de la vie absorbante de chaque jour.

Le vendredi 19 mai, avait lieu sur la Muesegg à l'École des garçons la séance administrative. Une cinquantaine de dentistes étaient présents. Je me garderai de m'étendre longuement sur l'ordre du jour de cette séance ; les Suisses Romands n'y sont pas très nombreux et la parole appartient surtout à nos confrères de la Limma. Et nos collègues de Zurich, MM. les Drs Senn et Eug. Müller ont fait renaître diverses questions qui, à mon sens, eussent mieux fait de dormir où elles étaient. Mais il n'est pas donné à l'homme de se taire et celui qui résume ce congrès le sait mieux que personne.

Passons rapidement l'adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1910, les rapports du trésorier, de l'administrateur et des vérificateurs, et la réception des candidats où quatre nouveaux membres furent acceptés et reçus. Disons que le rapport annuel de notre cher président fut court et bon. Et après la réélection du Comité actuel soit : M. A. Steiger D. D. S. (Lucerne), président ; Prof. Dr Stoppany (Zurich), vice-président ; P. Witzig (Bâle), trésorier ; R. Wirth (Berne) et René E. Jaccard (Genève), secrétaires ; Dr Matthey (Neuchâtel) et A. Brodtbeck (Frauenfeld), assesseurs, arrivons aux propositions et communications concernant la Société.

M. le Dr Steiger, président, rapporte sur les envois faits à l'exposition internationale d'hygiène de Dresde (mai-octobre 1911).

M. A. Brodtbeck résume les travaux et démarches faits par la sous-commission d'hygiène scolaire concernant l'hygiène dentaire. Il s'étend plus spécialement sur les efforts qu'il fit à Frauenfeld pour l'établissement d'une clinique dentaire scolaire. Grâce à lui et à sa

générosité la petite ville de Thurgovie (7.000 habit.) sera dotée d'une clinique destinée aux enfants pauvres. Il termine en engageant d'autres confrères à l'imiter, car notre profession ne doit pas seulement s'intéresser aux classes aisées, mais aussi aux pauvres et aux humbles. C'est ainsi qu'elle gagnera en respect et en considération.

M. Steiger remercie et félicite M. Brodtbeck et l'on passe à la discussion du Doctorat dentaire. M. le Prof. D[r] Stoppany (de Zurich) rapporte en allemand. Il estime que, malgré toutes les difficultés qui s'y opposent, le Doctorat en médecine dentaire doit être délivré par les universités suisses. Il y va de l'avenir de l'odontologie, et, si nous voulons qu'elle progresse dans notre pays, les mêmes droits doivent nous être concédés qu'aux médecins, qu'aux vétérinaires, etc... En effet, la maturité, les mêmes études propédeutiques sont réclamées de nous, et l'Art dentaire ne doit pas rester plus longtemps sous tutelle. Le doctorat sera le couronnement de l'œuvre et des hommes qui luttèrent, il y a trente ans, pour le bien de la science dentaire en Suisse. — M. René Jaccard (Genève) rapporte en français [1]. De chaleureux applaudissements indiquent au Comité l'heureuse initiative qu'il eut en soulevant la question du doctorat. La discussion qui suivit fut très nourrie. Prennent la parole MM. D[r] Hockenjöe, D[r] Fröhner, D[r] Montigel. M. Bryan D. D. S. félicite la Société de cet échange de vues aux horizons larges; il estime que nous ne devons pas attendre plus longtemps et obtenir le doctorat en médecine dentaire à l'instar des écoles américaines. Après quelques mots de M. le D[r] Senn (Zurich), la Société vote à l'unanimité de laisser liberté complète à son Comité pour l'obtention du doctorat dentaire en Suisse.

M. Eugène Müller, D. D. S. (Zurich), avait trouvé bon de demander la correction et même l'abrogation d'un des statuts de notre règlement central, ayant trait à la réclame. Après s'être expliqué, M. Müller estime que le Comité n'a pas le droit de le mettre en garde au point de vue déontologique contre la réclame exagérée. MM. Witzig, Brodtbeck, Monnet, Senn et d'autres allongent cette pénible discussion et M. le président Steiger se voit dans l'obligation de renvoyer au lendemain la fin de la séance administrative.

Zurich a été désignée comme siège du congrès de 1912.

A 9 heures les congressistes se réunissaient à la Florahalle où la plus cordiale gaîté régna jusque fort tard dans la nuit. On y vit notamment de très joyeuses projections lumineuses où les nudités du D[r] prof. Müller eurent un franc succès. Félicitations à Müller. On y vit aussi notre cher président métamorphosé en escamoteur, et d'autres choses encore.

Le lendemain, samedi 20 mai, reprise des travaux. On expédie ra-

1. Ce rapport sera publié dans le prochain numéro.

pidement la fin de la séance administrative. M. le prof. Dr Stoppany (Zurich) rapporte sur le nouveau règlement fédéral des études médicales et dentaires. La Société se déclare d'accord avec les quelques réserves faites à ce projet par la Commission.

L'affaire des mécaniciens de Neuchâtel où les médecins-dentistes sont constamment en conflit avec les fabricants d'appareils de prothèse, donne lieu à un petit discours du président Steiger. D'autres cantons (Bâle Campagne et Schaffhouse par exemple) se plaignent aussi. La Société Odontologique Suisse se doit à elle-même de protéger nos confrères. M. Fetscherin (Berne) est de cet avis et le Comité aura la mission délicate de chercher à influencer moralement le Conseil d'Etat des différents cantons incriminés.

Sur la proposition de M. Steiger, la Société décide d'adresser une corbeille de fleurs et des vœux au vénérable fondateur de notre Société, M. Billeter, gravement malade à Zurich.

M. René Jaccard présente un petit rapport au sujet du monument de Claude Martin. La Société vote 200 francs pour participer à cette œuvre.

A 9 h. 1/4 commençait la séance consacrée aux sujets scientifiques et professionnels. Le grand sujet à l'ordre du jour était l'anesthésie locale. MM. les Drs G. Stoppany (Zurich), A. Brodtbeck (Frauenfeld), J. Fröhner (Zurich), s'étaient partagé cet important travail. M. A. Brodtbeck traite de l'état actuel de l'anesthésie locale, de ses médicaments et de sa technique opératoire. Il étudie les manifestations de la douleur physique et pense qu'aujourd'hui elle doit céder devant le merveilleux procédé de l'anesthésie locale.

M. le Dr J. Fröhner (Zurich) s'occupe ensuite de l'usage et de l'indication de l'anesthésie locale par injection. Fröhner, comme Brodtbeck d'ailleurs, est de l'école Guido Fischer. Ils sont partisans de l'anesthésie des filets nerveux à leur sortie même du maxillaire. Ils injectent donc une solution de novocaïne-adrénaline sur l'épine de Spix et au trou mentonnier pour le maxillaire inférieur. Autour de la tubérosité postérieure, le long de la fosse canine jusqu'au trou sous-orbitaire et du côté palatin, près des incisives centrales supérieures pour l'anesthésie du maxillaire supérieur. De très beaux tableaux anatomiques illustrent ces deux communications des plus intéressantes.

La troisième partie du travail sur l'anesthésie locale comprenait les démonstrations sur malades. Ces derniers, très nombreux, ne purent pas profiter tous des expériences de nos dévoués collègues.

M. Grosheinz (Bâle) prend seul la parole dans la discussion qui suit. Il aurait voulu voir étudiées les autres méthodes préconisées, spécialement l'anesthésie diploïque de Noguë.

M. René Jaccard (Genève) expose la question très moderne de l'odontologie et ses rapports avec la stomatologie. Les griefs que les

médecins Cruet, Voituron, etc., font aux odontologistes sont mal fondés, car l'histoire de l'odontologie prouve que les médecins ont travaillé contre les progrès et les droits de notre art quand ils l'ont pu. Jaccard n'est pas d'accord avec Cruet, qui affirme dans son livre sur la stomatologie qu'un bon dentiste doit nécessairement avoir accompli tout le cycle de ses études médicales, être en un mot médecin. L'habileté manuelle et technique doit s'acquérir pas dès le début des études, à 18 ou 20 ans, et non à 30 ou 35 ans. Jaccard souhaite l'union des odontologistes et des stomatologistes afin de donner un nouvel élan scientifique à l'art dentaire.

Pas de discussion par suite de manque de temps. A 12 h. 1/2 un bateau spécial transportait les congressistes à Stansstadt (lac des Quatre-Cantons) où un lunch fut servi. A 6 heures retour et promenade sur le lac si merveilleusement varié. Un grand banquet avait lieu à 7 heures à l'Hôtel Palace. Discours de Steiger, Jaccard, télégrammes lus par Witzig et tous se rendent au Kursaal où ils assistent à des manifestations vocales, chorégraphiques, etc. ayant peu de rapport avec l'art dentaire.

Vu le grand nombre de communications inscrites encore à l'ordre du jour, la séance est ouverte à 8 heures le dimanche 21 mai. M. le Dr E. Eltner (Bâle) ouvre les hostilités par son travail sur le mécanisme de la mâchoire et de la prothèse dentaire. M. Eltner avait déjà présenté, je crois, à Bâle en 1909, les bases de son articulateur. Le seul cas présenté ne suffit pas, à mon sens et à celui de M. Faesch, pour démontrer la supériorité du système Eltner. Et jusqu'à plus ample informé le système de Gysi a une place bien méritée dans les travaux prothétiques. Nul doute que l'articulateur Eltner n'arrive aussi au succès.

M. Wilhelm Thiersch (Bâle) expose l'emploi de l'articulateur Gysi dans les travaux à pont compliqués. Excellent travail qu'illustrent des tableaux, des modèles, etc... Thiersch estime que le système Gysi a fait ses preuves, tandis que celui d'Eltner n'est pas tout à fait mûr. MM. les Drs prof. Stoppany (Zurich) et Paul Guye D. D. S. (Genève) prennent part à la discussion et insistent sur la nécessité d'une articulation précise en prothèse dentaire.

M. le Dr Alb. Senn (Zurich) présente un rapport sur le sérum Deutschmann E. M. Thioly-Regard (Genève) en avait déjà parlé l'an passé à Berne. Du travail de M. Senn et de la discussion qui suit entre MM. Boitel (Vevey), Montigel (Andermatt) et Schenkel (Saint-Gall) il résulte que la sérumthérapie n'est pas toujours inoffensive, que la périodontite aiguë résiste souvent à son traitement, et qu'il est préférable d'attendre que les expériences soient poussées plus avant chez les animaux spécialement.

(A suivre.)

CONGRÈS DE DIJON

Communications et démonstrations pratiques annoncées.

BIMES (Lyon). — Le goménol en art dentaire.

PONT — Quel est l'âge le plus favorable pour commencer un traitement d'orthodontie ?

Nouveau procédé pour l'extraction des dents de sagesse.

FRANCIS JEAN (Paris). — Antéversion radiculaire et rétroversion coronaire combinées d'incisive.

CHARLES JEAN (Paris). — Contribution mécanique d'orthodontie.

— — à l'application de l'aluminium à la prothèse dentaire.

GRIMAUD FERNAND (Paris). — Les crochets rationnels et l'emploi des pivots dans la rétention des appareils de prothèse.

FRANCHETTE (Paris). — Considérations sur l'enseignement méthodique de la prothèse à l'école de stage de l'Association odontotechnique.

FOURQUET (Paris). — Procédé simple permettant l'emploi et le réglage de la force continue avec l'appareil de Francis Jean dans l'expansion des maxillaires supérieurs.

— — Méthode d'application et indications de la radiographie en odontologie.

SOULARD (Paris). — Appareil centrifugeur pour la coulée des métaux en art dentaire.

MOREL (Rouen). — La pyorrhée alvéolo-dentaire et son traitement par l'effluvation et la conflagration alto-fréquentes.

PAILLIOTTIN (Paris). — Inlays d'or et aurifications (Rapport).

SIFFRE (Paris). — L'essence aromatique en thérapeutique dentaire.

— — Rôle de la dent permanente sur la résorption des racines des dents temporaires.

— — Une critique du décret de 1909 et du stage.

KERN (Paris). — La thérapeutique du 4e degré.

ROY (Paris). — Étude sur la pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire.

BARDEN (Paris). — Du choix d'une nomenclature anatomique en art dentaire.

ROBIN (Paris). — Les ciments translucides (Rapport).

GUÉRARD (Paris). — La nature histologique de l'odontoblaste et son rôle dans la sensibilité de la dentine.

GRIMAUD GEORGES (Paris). — La déontologie dans les professions libérales.

Fléty (Dijon). — L'Association confraternelle des dentistes français, société mutuelle de secours en cas de décès.

Pailliottin (Paris). — L'Association française d'hygiène dentaire, son origine et son programme.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Nous avons reçu le programme définitif de la session de la F.D.I. à Londres en août prochain. Ce programme est, dans son ensemble, à peu près celui que nous avons publié dans notre numéro du 15 juin; il mentionne de plus :

Mardi 1er août, à 5 h. 1/2 du soir, séance du Conseil exécutif.

Mercredi 2 août, à 10 h. 1/2 du matin, séance de la Commission d'hygiène, avec l'ordre du jour que nous avons reproduit. Séance de la Commission d'enseignement.

Entre 10 heures du matin et 2 h. 1/2, réunion de la Commission de terminologie et de la Commission de bibliographie et de documentation.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

STOMATOLOGUES ET ODONTOLOGUES

Conférence faite à la 25° séance annuelle de la Société des dentistes suédois en 1910.

Par ALBIN LENHARDTSON, de Stockholm.

Un remarquable signe des temps est le schisme qui s'est produit dans ces derniers temps entre les stomatologues, c'est-à-dire les médecins pratiquant notre branche, et les odontologues ou dentistes. Ceux-là, en effet, émettent avec une insistance de plus en plus pressante la prétention que les dentistes doivent avoir fait des études de médecine complètes. Cette question a une importance telle qu'elle ne peut plus être négligée. Nous devons l'examiner à fond afin de fixer si possible les lignes directrices d'après lesquelles devra progresser notre profession, avant que ce schisme soit devenu chronique pour le plus grand désavantage non seulement du progrès de l'hygiène buccale publique, mais encore de toute notre profession. Nous devons nous rendre compte s'il est à désirer, au point de vue social ou au point de vue de la profession, que l'enseignement soit réformé dans le sens proposé par les stomatologues.

Leur argumentation est dans ses traits principaux la suivante. La profession de dentiste tient de la science médicale. Elle ne doit pas être séparée des autres matières médicales, mais être exercée par des médecins formés dans les universités. Que la profession de dentiste ait été jusqu'à présent exercée par des personnes n'ayant pas le diplôme de médecin, cela tient à ce que le nombre des médecins a été trop petit par rapport à la fréquence de cette maladie endémique.

Pour ce qui est de ce dernier point, je crois que l'on peut tout aussi bien soutenir que l'affluence des candidats dans la carrière de la médecine est actuellement trop grande, de telle sorte qu'il s'est produit un prolétariat médical, surtout dans les pays d'où nous viennent les clameurs les plus fortes de la part des stomatologues. Il est donc tout naturel que ces derniers désirent tirer parti de leurs connaissances médicales dans notre branche.

Leur autre argument est que la lutte contre les maladies de la bouche et des dents ayant commencé à s'organiser par l'installation de cliniques dentaires dans les écoles et l'armée, il devient nécessaire que ce mouvement soit dirigé par des personnes ayant étudié la médecine, attendu que, comme le dit Cruet, « la santé générale des enfants dépend en grande partie de l'hygiène de la bouche et des

dents ». Versluysen et nombre d'autres avec lui sont du même avis. Evidemment aussi c'est là que se trouve le nœud de la question. Ils considèrent, en d'autres termes, qu'il faut une instruction médicale complète, non seulement pour apprécier exactement les relations entre l'état de la cavité buccale et les autres organes du corps, mais encore pour pouvoir traiter les diverses maladies qui peuvent y avoir élu domicile. Ici on peut faire la réflexion que les stomatologues doivent éprouver quelque gêne à émettre cet argument capital, si l'on songe que toute cette action en vue d'une hygiène publique de la bouche a été inaugurée et est principalement dirigée par les odontologues. On peut évidemment répondre que c'est justement la tendance de légaliser l'hygiène publique de la bouche qui rend nécessaire de la confier à des médecins. Arkövy condamne complètement l'enseignement dans les instituts odontologiques spéciaux. Il y a une échelle selon lui, et c'est le niveau académique auquel doit être élevée la profession de dentiste. Ce qui est remarquable et caractéristique pour la plupart des stomatologues, c'est leur tactique de mettre exclusivement en avant le côté scientifique du métier. L'instruction spéciale ne semble pour eux venir qu'en seconde ligne.

Pour un examen objectif de cette question qui, je le reconnais volontiers, est de nature particulièrement délicate, il est nécessaire de se rendre compte des qualités que la nation exige des personnes exerçant un métier. A notre époque démocratique, je ne crois pas qu'une masse de connaissances théoriques, qui ne peuvent trouver leur emploi dans la pratique, en impose beaucoup ; c'est bien au contraire ce que nous pourrons faire d'utile directement qui donne la mesure de notre valeur.

La nation a le droit d'exiger du professionnel :

1° Qu'il se tienne au courant des progrès accomplis dans sa profession afin qu'il puisse de façon satisfaisante traiter les maladies des dents, qui évidemment composent la majorité des cas qu'il aura à traiter.

2° Les connaissances fondamentales de la médecine nécessaires pour exercer cette profession.

3° Une proportion normale entre le travail et le salaire.

J'ai donné la préséance au maximum d'habileté pour traiter les cas les plus communs. Si vous parlez en effet avec des autorités en dehors de la carrière, par exemple avec les autorités de l'Etat ou de la commune, elles vous diront toutes : « Ce qu'il nous faut, ce sont des dentistes habiles ». Cela est aussi très facile à comprendre. Notre profession est en effet, à n'en point douter, avant tout un métier pratique. Ceux qui l'exercent doivent posséder une habileté manuelle sans laquelle ils ne pourront jamais acquérir de considération. Aussi je trouve que le principal est l'enseignement pratique de l'adepte, c'est-à-dire

les études purement odontologiques. Ma thèse est confirmée par un examen de l'évolution de notre profession jusqu'à ce jour. Quels ont été nos devanciers ?

Des hommes comme Tomes, Miller, Walkhoff, Sachs, Black, Godon, Yean, Jessen, Baume, Parreidt, Talbot, Angle, Bensow, Berggren, pour ne nommer que quelques-uns des noms qui me viennent sous la plume. Aucun d'entre eux ne pourra, je pense, nier qu'il n'ait été avant tout odontologue. Qu'importe que certains d'entre eux aient plus tard acquis le grade de docteur en médecine. Ceci ne fait que prouver comment se fait l'évolution telle que je la conçois. Pour prendre un autre exemple, en Autriche-Hongrie, où comme on sait, seuls les médecins peuvent être dentistes, les stomatologues ont-ils réussi à élever le niveau de notre profession plus que dans les pays où les odontologues l'exercent ? D'ailleurs, l'expérience n'est-elle pas là pour le prouver ? Qui jouit de la plus grande confiance dans le public ? Celui qui possède le plus de science médicale, ou celui qui possède le plus d'habileté manuelle ? Faut-il s'en plaindre ? Non, je ne pense pas qu'une éducation scientifique de notre corporation, en négligeant le côté pratique de l'enseignement, relèverait le niveau social du corps. Mais la réponse à ces questions se rattache intimement au second point, celui qui a trait à l'éducation médicale du dentiste. Les stomatologues réclament ici les mêmes études médicales que pour les autres spécialités. Ils considèrent évidemment que c'est là le seul moyen de relever la profession. En outre, au moins Arkövy est persuadé que l'unité du plan d'études sera sauvegardée le mieux en concentrant l'enseignement dans les universités du commencement à la fin. Qu'il y ait des lacunes considérables dans notre enseignement actuel, surtout pour ce qui touche à la médecine, nous n'en doutons pas. Nous autres dentistes nous attendons avec impatience que l'enseignement soit organisé définitivement. Les dentistes y ont aussi contribué pour une bonne part jusqu'à ce jour. La question est seulement de savoir dans quelle proportion les études médicales doivent être mêlées aux études purement odontologiques. Des matières comme l'obstétrique, la gynécologie, l'ophtalmologie, la pédiatrique, ne peuvent pourtant manquer d'être considérées comme un poids mort pour notre spécialité. De même une grande partie de la pharmacologie, l'anatomie, l'histologie, la pathologie, la dermatologie, la chirurgie et la médecine intérieure. Pour le médecin ordinaire elles sont nécessaires. Il est en effet obligé, au moins dans la campagne, de savoir traiter toutes sortes de maladies.

La demande que les élèves-dentistes reçoivent une instruction médicale complète ne semble guère raisonnable à notre époque, où des voix autorisées se font entendre, demandant la limitation des études médicales pour les autres spécialités aussi. La médecine tend

en effet à se spécialiser de plus en plus. Les médecins comprennent que même l'instruction médicale actuelle ne suffit pas pour posséder entièrement les diverses branches de la médecine. Je ne crois pas qu'un spécialiste consciencieux des maladies de la gorge consente, par exemple, à opérer une tumeur cancéreuse. S'il en rencontre dans sa pratique, il la fait opérer par un chirurgien. Dans notre profession également les diverses branches commencent à prendre une importance telle qu'on a peine à les connaître toutes également bien. Nous avons déjà des spécialistes pour l'orthodontie, la pyorrhée alvéolaire, la prophylaxie, etc. J'ai donc peine à concevoir pourquoi nous ne pourrions pas aussi bien avoir des spécialistes pour les maladies de la bouche. Si ces dernières formaient une proportion un peu forte des cas traités par les dentistes, il y aurait des raisons pour demander que les dentistes puissent également connaître à fond cette branche.

Instruisez l'adepte dans les principes de la médecine de façon à lui permettre de reconnaître les maladies de la cavité buccale, éventuellement leurs rapports de causalité avec les désordres se produisant le plus souvent dans les régions avoisinantes, mais employer 5 à 6 années d'étude uniquement pour cela, c'est ce que je trouve non seulement inutile, mais nuisible. D'une part, le dentiste ne serait pas, même avec l'enseignement médical actuel, tout à fait ce qu'il doit être pour ce qui est de l'étiologie et du traitement de ces maladies. D'autre part, je ne puis m'empêcher de penser que son habileté pratique en souffrirait.

Une autre raison importante c'est la durée d'études excessivement longue qui serait nécessaire pour satisfaire à ces exigences. Selon le programme d'études de l'Institut Carolinum pour 1910, on évalue le temps nécessaire pour passer l'examen de candidat en médecine entre 3 ans et 3 ans et demi, pour l'examen de licencié en médecine à 4 ans et demi, soit en tout 7 à 8 ans. Le minimum d'étude pour une instruction spéciale ne peut guère être porté à moins de 2 ans et demi. De cette façon nous arrivons à une période d'études de 10 à 11 ans en totalité. On a proposé, il est vrai, du côté des stomatologues d'organiser un examen médical comportant environ 5 ans d'études, après quoi on pourrait s'adonner à des études spéciales. Même s'il était possible de parfaire une réorganisation aussi complète des études médicales, ce qui est nié par les autorités académiques, à ce que je crois pour de bonnes raisons, du moins pour un temps indéterminé, la totalité des études exigerait encore un temps beaucoup trop long pour notre spécialité. Un résultat naturel serait donc une élévation considérable des honoraires afin de payer les frais ainsi augmentés des études. Au point de vue professionnel, le dentiste devrait plutôt se féliciter de pouvoir renvoyer les quelques cas un peu plus

compliqués qu'il rencontre dans sa pratique au chirurgien spécialement instruit de la chirurgie buccale.

La voie que nous avons suivie en Suède comme dans un certain nombre d'autres pays, savoir l'organisation d'un institut odontologique indépendant, annexé à une école supérieure de médecine, est probablement la meilleure. Contrairement à l'avis d'Arkövy, je pense d'ailleurs que ce n'est que dans un institut odontologique que l'on pourra organiser un plan d'études uniformes. Les professeurs de cet institut seront pour ainsi dire plus directement responsables envers leur corporation. L'intérêt n'est pas aussi dispersé. Tout l'enseignement peut être plus facilement concentré sur la formation de dentistes professionnels aussi habiles que possible.

L'organisation de l'enseignement a dans plusieurs occasions fait l'objet des discussions de la Société des Dentistes suédois. A la suite de la conférence d'Ulgrem dans la Société relativement à « l'encombrement de la carrière de dentiste », il fut nommé une Commission pour étudier cette question en novembre 1891. Cette Commission appela alors déjà l'attention de la Société sur la nécessité d'études médicales plus complètes, et émit l'avis que la Société devrait « proposer et motiver, à l'occasion devant les autorités, qu'une condition pour être admis comme élève-dentiste fût d'avoir passé l'examen préparatoire de candidat en médecine ».

Un examen plus détaillé de l'état de l'enseignement dans notre pays et dans d'autres pays prendrait trop de temps. Je pense d'ailleurs qu'il est inutile de le faire, attendu qu'Ulgrem a, il y a quelques années, traité cette matière à fond. Une courte esquisse de l'organisation des études médicales pour les étudiants en odontologie peut néanmoins être utile. Le temps minimum pour les études médicales devrait être, à mon avis, de 2 ans et demi, réparti comme suit :

La première année est réservée aux études d'anatomie, en donnant la plus grande attention à l'anatomie comparée, qui a un intérêt particulier pour nous, à l'histologie, ainsi qu'aux exercices pratiques. Viennent ensuite la physiologie générale et spéciale, la chimie avec un cours de chimie physiologique, de physique et de pharmacologie. La seconde année est employée à la pathologie et à la bactériologie ; la chirurgie avec stage pendant six mois, tous les deux jours, dans une policlinique chirurgicale. Deux mois de stage dans une policlinique pour maladies de la bouche et du pharynx. Deux mois de stage dans une policlinique par exemple à l'hopital Saint-Georges à Stockholm, pour les maladies de la peau, la syphilis et la tuberculose. Par une organisation systématique des études médicales, je suis d'avis que les adeptes odontologues pourront acquérir des connaissances suffisantes dans ces diverses branches pour pouvoir diagnostiquer exactement les maladies de la cavité buc-

cale et leur relation avec les maladies des régions avoisinantes. Leurs connaissances fondamentales de la médecine doivent aussi être suffisantes pour leur permettre de continuer des études spéciales sur le terrain de l'odontologie. Je prétends même que les aperçus que l'élève aura acquis sur le terrain de l'anatomie comparée, de la bactériologie, de l'histologie seront de nature à l'inciter à s'adonner à la solution de l'une des questions si intéressantes sur le terrain de l'odontologie qui attendent encore d'être résolues.

Mais demander, comme semblent le faire les stomatologues, à un simple professionnel de déterminer tous les troubles qui peuvent surgir dans les autres organes à la suite d'une hygiène insuffisante de la bouche, je trouve cela excessif. Nous savons combien d'autres facteurs peuvent intervenir dans un cas pareil. Considérons, par exemple, les troubles des organes de la digestion. Quelque vraisemblance qu'il y ait qu'une hygiène négligée de la bouche puisse dans bien des cas amener de ces troubles, je ne crois pas cependant qu'un spécialiste des organes digestifs lui-même puisse, dans la plupart des cas, oser prétendre à coup sûr que cet état défectueux de la bouche en est la cause principale ou unique. A plus forte raison un médecin non spécialiste. Je ne conçois donc pas la nécessité d'une instruction médicale générale dans cet ordre d'idées. Ici il faut, comme je l'ai fait ressortir tout à l'heure, des études spéciales.

Pour ce qui est des études odontologiques, le minimum doit évidemment être fixé à deux ans et demi. Les Français avaient demandé, cinq ans au Congrès de Bruxelles, l'été passé. Si l'on organise les études systématiquement avec des vacances qui ne soient pas trop longues, l'étudiant devra, en admettant qu'il possède les aptitudes nécessaires, acquérir les connaissances spéciales nécessaires en cet espace de temps. Cela fait en tout 4 ans 1/2 à 5 ans d'études, ce qui ne peut être considéré comme trop long, si l'on songe à la vitesse avec laquelle évoluent de nos jours l'anatomie, l'histologie, la bactériologie, l'orthodontie, etc. sans compter en outre des matières comme l'histoire, l'esthétique de l'odontologie, l'hygiène publique de la bouche, qui ne font en ce moment l'objet d'aucun enseignement. Les années économisées en limitant ou excluant les matières qui ne se rattachent pas directement à notre profession peuvent être employées de façon plus utile par celui qui le désire, afin de se spécialiser davantage dans une branche qui l'intéresse tout particulièrement. Nous avons déjà, avec l'instruction fondamentale donnée actuellement, des exemples qui prouvent que cela peut se faire. D'ailleurs, il est fait de nos jours d'excellents cours complémentaires par des autorités éminentes pour les dentistes diplômés.

On peut objecter qu'en éliminant une si forte proportion des études médicales le niveau de ces études n'est pas sensiblement

relevé. Mais cela dépend de ce qu'on en attend. Pour ma part, je considère que ce niveau dépend surtout des capacités du dentiste et de son habileté à obtenir les meilleurs résultats possibles. Mais un poids mort de connaissances théoriques inutiles ne peut guère y contribuer. Sans compter que plusieurs des plus belles années du jeune homme sont ainsi sacrifiées, je crains bien que ces études, dont il ne peut avec la meilleure volonté du monde comprendre l'utilité, n'étouffent toute initiative, ne tuent l'enthousiasme. Et ce qu'il nous faut en Suède c'est avant tout des collègues possédant ces qualités. L'adepte devra être ainsi préparé à entrer dans la vie bien entraîné, avec l'amour du métier et décidé à contribuer à son progrès. C'est pourquoi j'ai aussi demandé qu'on enseigne aux élèves les principes élémentaires de l'esthétique. Je n'ignore pas qu'un grand nombre de mes confrères trouvent cette prétention irraisonnable et même ridicule. Mais quiconque voudra bien réfléchir me donnera, je pense, raison. Il est de toute importance pour la considération sociale de notre corporation que notre jeune confrère entre dans la carrière avec une compréhension exacte de la responsabilité et des devoirs d'un gentleman aussi bien envers ses collègues qu'envers l'humanité en général. Quels sont ceux auxquels il appartient en premier lieu de lui inculquer ces idées par leur exemple et leurs conseils, sinon ses maîtres? Déjà le fait que les confrères intéressés ont parfois l'occasion de faire remarquer un manque de conceptions morales prouve que tout n'est pas pour le mieux à ce point de vue. Il faut qu'il comprenne pleinement qu'il est de son intérêt bien entendu de développer ses notions esthétiques, par des études spéciales, par sa collaboration à la Société des dentistes, par son attitude vis-à-vis de ses camarades ou vis-à-vis du public.

Le troisième point posé par moi se rapporte au côté économique de la question. Celui-ci aussi peut paraître n'avoir pas de rapport avec la question traitée. Mais je maintiens qu'il touche de très près à la question tout entière. Dans un corps de professionnels qui est tenté d'offrir ses services à bas prix il se développe nécessairement un prolétariat. Heureusement nous ne souffrons pas de ce cancer en Suède, mais pour combien de temps encore? Nous n'en savons rien. Il nous suffit de jeter les regards au dehors, à l'étranger, où le prolétariat tient une place considérable aussi bien dans le monde de la médecine que dans celui de l'odontologie. C'est là une question sociale évidemment. L'Etat, la commune et le public veulent tout naturellement avoir les services les mieux compris en échange d'honoraires aussi bas que possible. Si les notions esthétiques de la corporation sont peu élevées, les dentistes cèdent à la tentation d'offrir leur travail à bas prix, comme les caisses de secours en cas de maladies en Allemagne nous en offrent l'exemple. Si, en outre, ils sont chargés

de dettes provenant d'une longue période d'études, ils se trouveront souvent dans la dure nécessité de se faire concurrence. Il faut que le sentiment de la solidarité se développe dans notre corporation plus que cela n'a été le cas jusqu'à présent. Mais à ce point de vue, les études médicales seront d'un mince secours, je pense.

Non, c'est de l'estime que chacun de nous a de notre corporation et du travail qu'il y consacre que dépendent en fin de compte notre considération et l'évolution de notre corporation dans un sens favorable.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Le Conseil d'administration de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris a adopté l'ordre du jour suivant à l'unanimité, dans sa séance du 11 juillet 1911 :

Le Conseil, après avoir pris connaissance des ordres du jour du 29 juin votés, au nom du Bureau de la F. D. N., par MM. Francis Jean et Pailliottin, auxquels toute délégation à la F. D. N. a été retirée par décision du 19 juin, et par MM. Kern et Richaume, qui ne sont délégués d'aucune société, déclare considérer ces ordres du jour comme nuls et non avenus, confirme ses ordres du jour du 17 juin, approuve la convocation lancée par le secrétaire général de la F. D. N., M. Blatter, et donne tous pouvoirs à son Bureau pour prendre toutes mesures utiles et notamment pour assurer la réunion du 20 juillet.

ÉTUDIANTS EN DENTISTERIE ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Nos lecteurs ont pu lire dans un récent numéro de *L'Odontologie* une lettre signée par M. Doucedame, président de la Corporative des étudiants en chirurgie dentaire.

Ils trouveront plus loin une réponse à cette lettre émanant de la Corporative des étudiants en médecine.

D'autre part dans le Bulletin mensuel de cette société avait paru dans les mêmes moments un article extrêmement violent atteignant les dentistes en général à la fois dans leur probité professionnelle et dans leur honneur.

Un de nos jeunes confrères à la fois chirurgien-dentiste et étudiant en médecine, aimant également ses deux professions et navré du ton que prenait la discussion, a envoyé à ce sujet à la Corporative de médecine un article rectificatif et, quittant la polémique agressive, a voulu porter la question sur un terrain différent.

Il exposait des faits et des opinions qui ne peuvent manquer d'intéresser à la fois les deux professions dentaire et médicale. Dans le même numéro du Bulletin de la corporative médicale paraissait une réponse d'un stomatologiste, conçue cette fois en des termes moins agressifs. Nous estimons qu'un échange de vues conduit de cette manière ne peut que servir les deux partis en présence, odontologistes d'une part, stomatologistes d'autre part, et, s'ils ne doivent jamais arriver à se convaincre mutuellement, qu'au moins leurs polémiques ne s'écartent jamais d'une certaine courtoisie ; c'est le vœu que nous formons.

N. D. L. R.

*
* *

Au Comité de l'Association,

Je viens de lire votre article sur l'art dentaire et je vous avoue que j'en suis quelque peu étonné.

J'aime à lire quelquefois vos satires plus ou moins dures contre notre vieille Faculté ; évidemment les professeurs, les institutions, les mœurs de notre Ecole de médecine n'y sont point ménagés, mais cependant je ne crois pas avoir trouvé jamais dans vos articles les plus mordants de termes plus cruels, plus humiliants, et, disons le mot, plus injustes que ceux adressés à ces parents pauvres de la grande famille médicale, aux malheureux chirurgiens-dentistes.

C'est l'école dentaire que vous accusez de vénalité. Ce sont les élèves que vous accusez de paresse, de noce... Ce sont les profes-

seurs que vous stigmatisez. Qu'ont-ils donc fait pour s'attirer à ce point vos malédictions ?

Je veux croire que la passion a égaré quelque peu l'Association corporative et qu'un article d'une telle violence n'a vu le jour que par surprise.

. . . .

La fondation d'une école décernant un diplôme ne suffit pas aux dentistes, ils obtinrent que l'Etat instituât le titre officiel de chirurgien-dentiste avec trois années d'études et, plus récemment, ce que l'article auquel je réponds semble ignorer, un nouveau décret fut rendu qui exigeait cinq années d'études avec, comme formalités à l'entrée, soit le baccalauréat, soit le brevet supérieur, soit le certificat d'études primaires supérieures. Sur la valeur de ces exigences, je ne discuterai pas, il suffit qu'elles ouvrent la voie à un certain nombre de certificats en Sorbonne, pour que leur valeur réelle ne puisse être méconnue.

Il semble d'après ces faits, qui sont eux, indiscutables, le nouveau régime étant institué en 1911, que nous sommes un peu loin de ces jeunes gens sans diplôme, sans instruction préalable, passant leur temps au bridge et à la noce.

Eh bien, ces gens qui ont fait leur fortune scientifique eux-mêmes et ont au moins ce mérite, n'ayant reçu de secours que de leur union désireuse d'apprendre, de s'élever, de conquérir, un jour une place honorable dans la société, demandent aujourd'hui cette chose qui nous paraît monstrueuse : l'accès au concours de dentiste des hôpitaux. Sur la forme du concours nous ne discuterons pas, quoiqu'on puisse regretter quelque peu le manque de véritable épreuve dentaire ; mais admettons le concours tel qu'il est et alors :

Ou bien un certain nombre de dentistes pourraient y arriver, alors pourquoi écarter de parti pris ces gens suffisamment instruits pour accéder à de telles fonctions ?

Ou bien pas un seul n'arriverait et, là encore, le mal ne serait pas grand pour les médecins.

. . . .

De parti-pris aussi, vous décriez les doctorats dentaires étrangers. Créez-les ou ne les créez pas, je crois que les dentistes n'en souffriront guère, ils iront les chercher à l'étranger ; c'est peut-être tant mieux : à voyager on apprend toujours, surtout dans la profession dentaire qui demande surtout du travail pratique, de la vision directe.

Mais ces doctorats étrangers de Philadelphie et de Chicago, pourquoi niez-vous leur valeur ? Les connaissez-vous, eux aussi ? Connaissez-vous les Universités américaines ? Souffrez qu'en qualité de diplômé américain je prenne leur défense, non pas en bloc, mais qu'au moins je vous dise qu'il est mal, peu généreux de méconnaître

ainsi dans un article inspiré par la passion, d'un seul coup des écoles dont un grand nombre, n'ayant pas besoin d'argent, elles, richement dotées qu'elles sont, souriraient de dédain au reproche de vénalité.

. . . .

Que souhaitez-vous donc au point de vue dentaire ? Avoir des médecins-dentistes ? Mais à quoi correspond cette demande, où irez-vous dans cette voie ? Supposez cinq ans d'études médicales et deux ans de spécialisation. Il faudra donc 7 ans pour faire un dentiste et ceci en admettant que le postulant ne passe aucun concours ! Ajoutez à cela deux ans de service, un an de P. C. N., on arriverait, ayant commencé ses études à 17 ans, à être dentiste à 27 ; mais on serait médecin à 25. Ainsi des gens seront assez consciencieux pour, ayant fait leur médecine sérieusement, c'est-à-dire n'ayant pu étudier l'art dentaire en même temps, s'imposer deux années d'études supplémentaires et tout cela pour aller exercer dans une petite ville où leur situation ne sera pas beaucoup meilleure, si elle l'est, que celle des médecins environnants ! Car il en faudra bien des dentistes dans les petites villes. Mais jamais un médecin pauvre ne pourra s'imposer ce travail, cette dépense de temps et d'argent ! A quoi aboutirez-vous ? A ceci : un certain nombre de médecins aisés se spécialiseront par goût dans l'art dentaire, ils feront probablement de bons opérateurs, mais très souvent aussi de mauvais prothésistes, à la merci de leur mécanicien.

D'autres médecins moins riches ne pourront se spécialiser longtemps, ils feront rapidement une série de travaux dans une école, un laboratoire quelconque, puis, pressés par le temps, par le besoin, peut-être se croyant de bonne foi capables d'exercer la dentisterie, ils iront exercer en province. En quoi seront-ils donc supérieurs aux chirurgiens-dentistes bacheliers, avec cinq ans d'études ?

En ce qu'ils seront bons médecins ? Et encore pourra-t-on toujours leur donner cette épithète ? Et la profession dentaire en province sera-t-elle si lucrative qu'elle attirera les bons médecins ? Supposons les bons ; de temps à autre une personne de leur clientèle aura quelque affection médico-dentaire, mais combien nos meilleurs praticiens, même docteurs en médecine, voient-ils de sinusites ? Que demande la clientèle ? Un homme suffisamment instruit pour, qu'à l'aspect d'une lésion buccale, d'un symptôme buccal, il recoure, s'il le juge convenable, à un spécialiste en la matière. Et croyez bien qu'en pratique il en sera toujours ainsi : l'homme qui soignera les dents, qui les obturera, qui posera des bridges, des couronnes, ne fera pas de chirurgie buccale pas plus qu'il ne fera de la médecine buccale.

Ou bien, il sera stomatologiste et ignorera trop souvent toute la partie mécanique de son art si importante pour son client.

Ou bien, il sera simplement un dentiste, il rendra des services que

l'on attend de lui, et, confiné dans son art, n'empiétera jamais sur les attributions du médecin.

. . . .

Je crois donc que dans cette question assez irritante de la situation du chirurgien-dentiste actuel, il vaudrait mieux, plutôt que d'envenimer dans des articles plus ou moins violents la désunion existant plus entre étudiants qu'entre praticiens, essayer de chercher une solution neutre, voir s'il ne serait pas possible de trouver un moyen, tout en respectant les droits du médecin, de ne pas sacrifier ceux du dentiste. C'est en faisant confiance aux anciens barbiers, si méprisés, qu'on a vu se créer les chirurgiens. Les dentistes travaillent, sachez-le bien, ne généralisez pas quelques exemples. Leurs écoles sont vieilles, manquent de luxe; songez qu'ils sont pauvres. Leurs méthodes d'enseignement nous paraissent-elles pécher par quelques points, dites-le-leur, mais n'ayez pas pour eux ce dédain. Vous ne pouvez leur faire plus de mal que vous ne leur en avez fait jusqu'alors, ils ont vécu cependant malgré vous, ils vivront longtemps encore, il est à croire.

Lorsqu'on doit voyager ensemble, n'est-il pas préférable d'être bons amis?

L. SOLAS,

Membre de l'Association corporative des étudiants en médecine.
Externe des hôpitaux.

*
* *

Association Corporative des Étudiants en Médecine de Paris.

Paris, le 29 mai 1911.

Monsieur le Directeur de *L'Odontologie*,

L'Odontologie du 30 avril 1911 publiait une lettre émanant du Comité de « l'Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire ».

Nous n'avons pas l'intention d'engager une polémique avec les signataires de cette lettre, mais nous estimons que nous ne pouvons laisser passer sans protestation les explications de haute fantaisie qu'elle contient. Nous croyons que les odontologistes sérieux et dignes de considération ne seront pas fâchés d'être renseignés sur les faits et gestes de certains amis maladroits. En février dernier un de nos camarades de l'Association corporative des étudiants en médecine rencontrait M. Doucedame et échangeait avec lui, à titre strictement personnel, quelques vues sur la lutte engagée entre stomatologistes et odontologistes.

Peu de temps après, le même M. Doucedame venait « causer » officieusement avec nous. Cette conversation fut suivie d'une visite officielle des délégués de l'Union. Au cours de cette visite les représentants des élèves des Écoles dentaires nous affirmèrent leur vif désir de contribuer à l'évolution de l'Odontologie et à sa transformation en Stomatologie; ils déplorèrent l'aveuglement de leurs confrères dont

ou pouvait dire comme des païens antiques « Oculos habent et non videbunt ». (Il n'émirent pas cette idée en latin, mais elle fut exprimée en un français aussi clair que possible.)

Ils nous offrirent de travailler de toutes leurs forces à cette évolution qui les intéressait autant que nous, disaient-ils, car dans une crise d'humilité ils se reconnaissaient eux-mêmes insuffisants, ajoutant que les nouveaux programmes n'élèveraient pas d'un « iota » le niveau des futurs chirurgiens-dentistes.

Pour conclure on nous soumit un projet précis, tellement précis que sa simplicité nous effraya sur-le-champ.

Tous les jeunes gens munis du diplôme de chirurgien-dentiste pourraient être docteurs en médecine après deux années passées dans la Faculté. Le projet comportait un stage de six mois dans un service de médecine, un stage de six mois dans un service de chirurgie et un stage d'une année dans un service d'oto-rhino-laryngologie. Les travaux pratiques n'existaient pas, on sanctionnait ces études sommaires par des examens aussi peu nombreux que possible naturellement.

A la condition que nous fissions nôtre ce projet, on luttait à nos côtés pour l'idée stomatologiste et on nous affirmait que nous pouvions compter dès le départ sur 250 amis parmi les élèves des écoles dentaires. Comme nous manifestions une certaine inquiétude devant un tel abaissement du doctorat en médecine, les délégués, pour nous rassurer, nous affirmèrent que leurs désirs se bornaient à un diplôme d'exercice restreint qui permettrait seulement l'exercice de la Stomatologie ; ils ajoutaient d'ailleurs qu'ils ne tenaient pas aux connaissances sanctionnées par le Doctorat, mais qu'ils désiraient seulement un titre pour lutter à armes égales contre les stomatologistes par lesquels ils craignaient d'être écrasés.

En partant ces Messieurs nous prièrent de leur donner une réponse officielle. Nous réunîmes notre comité, nous discutâmes assez longuement et notre réponse fut négative. Voilà ce que M. Doucedame et ses amis appellent « refuser les propositions des médecins ». D'aucuns prétendent que M. Doucedame ayant été malmené par bon nombre de chirurgiens-dentistes et d'élèves des écoles a éprouvé le besoin de donner des gages à ses amis ; nous nous permettrons d'ajouter qu'il est difficile de le faire avec plus de maladresse.

Les élèves des écoles dentaires peuvent donner un sens nouveau au mot « proposition » comme à tout le vocabulaire français, mais s'ils tiennent à créer une langue nouvelle, nous craignons qu'ils ne se fassent comprendre que d'un petit nombre d'initiés.

Maintenant, quelle que soit la réponse du comité de l'Union, nous ne répondrons pas ; nous n'avons pas l'habitude de perdre notre temps dans des discussions dépourvues d'intérêt et surtout nous refusons la discussion quand nous avons en face de nous des adversaires dont nous ne parlons pas la langue.

Nous nous excusons de retenir aussi longuement votre attention et nous vous prions, Monsieur le Directeur, de croire à notre considération distinguée.

Le Comité de l'Association corporative des Étudiants en Médecine.

NÉCROLOGIE

Victor Du Bouchet.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Charles Victor Du Bouchet, membre de l'A. G. S. D. F., décédé subitement le 1er juin dans sa 65e année.

Selon son désir formel, exprimé depuis des années, il n'a pas été envoyé de lettres de faire part et les funérailles ont eu lieu dans la plus stricte intimité.

Nous adressons à la famille du défunt nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie pendant la prochaine scolarité aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris.

La date en sera ultérieurement fixée.

Récompense.

Nous apprenons avec grand plaisir que notre confrère M. de Lemos, membre de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir du Ministre de l'Intérieur une médaille d'argent pour avoir sauvé à plusieurs reprises des personnes sur le point de se noyer.

Nous sommes heureux de cette récompense, si justement méritée, et nous adressons à M. de Lemos toutes nos félicitations.

Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire.

Le banquet annuel de l'Union a eu lieu le jeudi 29 juin, à 7 heures, au restaurant Soufflet, 25, boulevard Saint-Michel.

Suicide par crainte du dentiste.

On mande d'Ancône au journal *Il Messagero*, de Rome, à la date du 9 juin, qu'un paysan d'Agugliano, nommé Barchiesi Antonio, âgé de 45 ans, par peur de se faire arracher une dent chez un dentiste, s'est tiré un coup de fusil en plein cœur. La mort été instantanée.

Les dents des enfants des ateliers des pauvres.

Les administrateurs des ateliers des pauvres du Sud de Dublin ont décidé de charger un dentiste de soigner les dents des enfants de ces ateliers.

C'est la première nomination de ce genre en Irlande, mais on espère qu'elle sera bientôt suivie par d'autres.

Morte chez le dentiste.

Une jeune fille de 15 ans, de Lachen-Vonwil, s'était rendue chez un chirurgien-dentiste de Saint-Gall, le 7 juin 1911, pour se faire arracher une dent.

Après que le dentiste eut réveillé sa cliente, celle-ci se leva de sa chaise pour s'affaisser aussitôt. Elle était morte.

(La Suisse.)

Fédération dentaire belge.

La Fédération dentaire belge vient d'adresser aux membres du Parlement une protestation contre le projet de loi qui, supprimant le diplôme de dentiste, décrète que l'exercice de l'art dentaire sera réservé aux docteurs en médecine.

Les études du docteur en médecine, disent les protestataires, comportent beaucoup de connaissances qui sont totalement inutiles au dentiste, mais laissent de côté beaucoup de connaissances qui lui sont absolument indispensables. Dès lors, où est l'avantage du système proposé ?

Une solution meilleure serait la création d'un enseignement dentaire où l'on apprendrait aux élèves ce qu'ils doivent savoir au point de vue médical général, tout en les formant au point de vue de leur spécialité. Cet enseignement comporterait cinq années d'études.

Si, pour des raisons budgétaires, l'organisation de cet enseignement était actuellement impossible, la Fédération demande qu'on exige des dentistes le diplôme de candidats en médecine et un diplôme

spécial décerné après deux années d'études dans une école dentaire à créer.

(*Indépendance belge*, Bruxelles, 13 juin 1911.)

Un hôpital flottant.

Il y a dans la flotte de guerre des Etats-Unis d'Amérique un bâtiment, le *Solace*, qui est un hôpital flottant.

Cette ambulance navale de 5.000 tonnes est destinée à recevoir les blessés en temps de guerre et les malades en temps de paix. Les matelots de l'équipage sont tous des infirmiers habiles et éprouvés : le commandant est un des plus distingués chirurgiens de la marine des États-Unis.

Tous les appareils de la grande clinique sont disposés dans les différentes salles. Les trois faux ponts sont aménagés en dortoirs. Les malades et blessés sont amenés sans secousses au moyen d'un ascenseur électrique. La cale est transformée en pharmacie et contient toutes les spécialités pharmaceutiques connues. Il y a des salles spécialement affectées aux soins des yeux, des oreilles, du nez, des dents, etc. Trente cabines sont réservées aux officiers en traitement, et les convalescents y trouvent un quartier à leur usage, avec salle de lecture et de correspondance, fumoir, bibliothèque, salle de musique et de jeu.

L'odontologie dans la République Argentine.

Lors du banquet offert à M. Figueroa Alcorta, ex-président de la République Argentine, au Pré-Catelan, par la haute banque et le commerce parisiens et présidé par le Ministre du Commerce, M. Amoëdo a porté un toast. Il a rappelé que M. Figueroa l'avait invité aux fêtes du Centenaire argentin, où il avait représenté l'odontologie française. Il a signalé les travaux accomplis au Congrès international de médecine et d'hygiène par les médecins argentins, organisateurs du Congrès, et la belle installation de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, notamment de la section d'odontologie, dirigée par M. Etchepareborda et dont l'aménagement peut servir de modèle.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Louis Ruppe, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Céline Teyssier. La cérémonie a eu lieu le 17 juin dans la plus stricte intimité.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

31e ANNÉE. N° 11 30 JUILLET 1911 Vol. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE EN ART DENTAIRE ET NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par Ch. Jeay,

Professeur de Clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

Je n'ai pas la prétention de vous présenter ce soir une des dernières nouveautés de l'art dentaire. Je viens plutôt faire acte de vulgarisation en vous communiquant le résultat de mes recherches cliniques et, entre autres, un procédé nouveau et personnel pour obtenir l'anesthésie complète du massif maxillaire supérieur par une voie facile et vraiment à la portée de notre spécialité.

De nombreux auteurs ont attaché leurs noms à cette étude de l'anesthésie régionale, mais il n'en est pas moins vrai que l'idée génératrice de ce principe a été émise par le grand maître de l'anesthésie locale, je veux dire Reclus, dans son manuel « La Cocaïne en Chirurgie » datant depuis 16 ou 18 ans déjà. Il y dit en effet : « Lorsque l'application de la cocaïne se fait sur le tronc nerveux ou périphériquement à lui-même, on constate une perte de la sensibilité dans le territoire sous-jacent; tout se passe comme si le tronc nerveux avait été sectionné. » Il rappelle les expériences de François Franck, mais il expose les difficultés de l'application générale de ce principe à cause de la dif-

ficulté d'atteindre les troncs nerveux parfois cachés dans des gouttières profondes, sous les muscles, au milieu des artères et des veines, et donnant des anastomoses nombreuses par lesquelles ils récupèrent une grande partie de leur sensibilité ; puis il montre le danger de blesser ces tubes nerveux, toujours fragiles, avec comme conséquence possible la névrite.

Toutefois, les perfectionnements journaliers de notre technique nous rendant plus hardis, des ouvrages plus récents nous montrent les recherches et l'application de ce principe aux régions de la face. Bien que je n'ai aucune prétention à la documentation historique ou bibliographique, je puis citer les noms de : Nogué, Reinmöller, Bünte, Gündo Fisher, Münch et Chevrier, comme s'étant particulièrement attachés à rechercher l'anesthésie régionale des maxillaires.

Il est toujours regrettable de ne pas connaître une langue étrangère et je n'ai pu lire in extenso les travaux de tous ces auteurs; mais, ici en particulier, je le regrette moins, car cela me permet de dire que, livré à ma seule initiative, je vous donne ce soir le fruit de recherches et d'idées vraiment personnelles.

Tant mieux si je me rencontre dans des détails de technique avec ces auteurs, tant pis si j'en diffère : à vous de juger.

Avant d'aller plus loin dans la question il me paraît indispensable de définir ce que l'on entend par anesthésie régionale comparativement à l'anesthésie locale et quels sont les noms synonymes.

Dans notre spécialité le terme *anesthésie locale* est généralement réservé à la méthode des injections soit intragingivales ou intradermiques, soit sous-périostées, soit intraosseuses, injections toujours faites exactement au niveau des tissus à opérer et poursuivant bien plus les plaques terminales nerveuses sensitives que les troncs nerveux de moyenne ou forte importance.

L'*anesthésie régionale*, au contraire, consiste à obtenir cette même insensibilité en injectant au niveau du tronc

nerveux principal dont dépend *toute la région* dans laquelle se trouve le point à opérer. Elle peut donc être faite loin du champ opératoire et avec des doses minimes de médicaments. Elle ne sera praticable que si les troncs nerveux sont facilement repérables et accessibles et si l'on peut ressaisir leurs anastomoses avec les nerfs voisins, auxquels le département sous-jacent anesthésié pourrait réemprunter une part de sensibilité.

Pour ces raisons les nerfs de la face ont été un des premiers objectifs des praticiens désireux d'appliquer ces principes : ils sont faciles à repérer et leurs anastomoses sont fixes et parfaitement connues.

Cette anesthésie régionale se nomme également anesthésie des troncs nerveux ou mieux anesthésie par *injection péritronculaire.*

Cette dernière expression dépeint bien le but de toute une technique qui veut obtenir la paralysie sensitive d'un nerf sans le blesser, c'est-à-dire sans injecter directement dans l'épaisseur de son propre tissu.

Je vous dirai tout de suite que l'anesthésie régionale ne devra être à mon sens qu'une anesthésie d'exception, employée seulement là où l'anesthésie courante, c'est-à-dire l'anesthésie locale, ne pourra être employée avec succès. Elle aura donc des indications extrêmement précises, restreintes aussi dans notre pratique journalière ; mais elle présentera des avantages si considérables qu'ils feront oublier ses difficultés. Son plus grand mérite sera justement de restreindre encore l'emploi de l'anesthésie par narcose, c'est-à-dire l'anesthésie générale, qui présente quand bien même et indiscutablement de beaucoup plus grands dangers.

AVANTAGES.

Livrant à l'opérateur un plus vaste champ d'insensibilité, elle permettra de pratiquer des opérations que nous n'osions faire que sous anesthésie générale.

Sa plus longue durée que l'anesthésie locale viendra corroborer au même raisonnement. Enfin son efficacité abso-

lue, même pour pratiquer des interventions sur des tissus fortement hyperhémiés, en pleine inflammation, fera sa principale indication. Si aiguë, en effet, que soit une périostite alvéolo-dentaire, si étendue que soit une collection purulente, mes observations personnelles, et que je vous présenterai tout à l'heure, vous prouveront qu'à moins de trismus rendant inaccessibles les points à injecter, elle est appelée à remplacer presque complètement dans notre spécialité l'anesthésie générale et qu'elle réussit merveilleusement là où l'anesthésie locale habituelle échoue.

En passant, il est amusant de constater à ce propos combien Reclus avait raison de recommander d'injecter d'abord en tissu sain si vous aviez à opérer sur des tissus enflammés. Vous savez tous l'échec presque constant de nos injections analgésiques habituelles au cours d'une périostite alvéolo-dentaire aiguë par exemple ; peut-être verra-t-on dans la réussite de ces injections faites au contraire à longue distance, c'est-à-dire au niveau de tissus absolument sains, la réalisation de ce principe.

Inconvénients.

Les seuls ennuis que l'anesthésie régionale pourraient provoquer seront d'injecter directement dans la circulation puisque, pour l'appliquer, il faut aller chercher les troncs nerveux jusque dans des gouttières parfois profondes et généralement suivies par une artère et une veine. Je sais que l'injection d'une solution analgésique dans une artère ne pourrait être bien grave, puisque, selon la disposition anatomique des régions qui nous intéressent, celles-ci ne font que suivre les trajets nerveux et véhiculeraient par conséquent l'anesthésique jusqu'au terrain à opérer. Ce procédé d'anesthésie par injections artérielles a même été proposé, entre autres par J. L. Ransokoff de Cincinnati, et, l'emploi de sérum physiologique comme dissolvant de nos alcaloïdes anesthésiques étant une règle absolue de notre technique, nous ne risquerions aucune complication du côté artériel.

Resterait le système veineux représenté par un plexus important et de forme irrégulière où il serait beaucoup plus dangereux d'injecter à cause de l'extrême rapidité d'absorption du médicament et par suite de l'augmentation proportionnelle de sa toxicité. Mais, dans le premier et le deuxième cas, notre technique qui comporte toujours une ponction exploratrice nous met à l'abri de ce malencontreux hasard d'une façon certaine et répond définitivement à toutes les objections.

Quant à l'hémorragie qui pourrait suivre la piqûre d'un vaisseau après la ponction exploratrice, trois facteurs en diminuent considérablement les chances : la compression due à l'introduction de 2 cc. de liquide ; la température (45 à 48° centigr.) de notre solution injectée ; enfin l'action vaso-constrictive de l'adrénaline sur les artères, diminuant d'autant le débit veineux. Les risques d'hématomes, signalés par Lévy et Beaudouin, se trouvent de ce fait bien diminués.

Seule la blessure du nerf et ses conséquences est à discuter. La stérilisation parfaite de l'aiguille, et pour cela nous préconisons les aiguilles de platine, étant de règle absolue, je ne crois pas que la piqûre aseptique d'un tronc nerveux, blessure extrêmement limitée, puisse amener une complication. Il en serait tout autrement si l'on injectait dans l'épaisseur du tronc nerveux et c'est pourquoi, dans aucun cas, je ne suis partisan d'injecter au fur et à mesure que l'on pousse l'aiguille pour éviter la douleur de la piqûre.

On doit en effet faire sa piqûre absolument à blanc, la sensibilité du sujet sera un guide sûr : si, en poussant votre aiguille une douleur vive, insupportable, survient, c'est que vous avez rencontré un nerf et il suffit alors d'un déplacement de quelques dixièmes de millimètre pour l'éviter, car, je vous l'ai déjà dit, ce n'est pas une injection intranerveuse que vous devez faire, c'est une *injection péritronculaire*. Les tubes nerveux sont extrêmement fragiles ; l'injection intratronculaire amènerait de véritables dilacérations du tissu nerveux, une dissociation des fibrilles nerveuses et des étranglements de Ranvier, un éclatement du

névrilème et cela sur une assez grande longueur. De plus l'élimination du liquide ainsi injecté ne pourrait qu'être très lente et le trop long contact d'un alcaloïde plus ou moins irritant avec le protoplasma nerveux lui-même ne serait pas sans amener des modifications profondes, des inflammations, dont la conséquence fréquente serait la névrite, affection toujours grave. Il faut donc, à tout prix, simplement injecter *au niveau* du tronc nerveux, de façon à ce qu'il *baigne* dans le liquide anesthésique (injection péritronculaire). Seule par conséquent la douleur qui accompagnera votre piqûre, si vous avez touché le tronc nerveux, sera votre guide et il faut, je le répète, ne pousser votre liquide que lorsque vous avez atteint votre point précis d'élection et faire par conséquent votre piqûre absolument à blanc.

Avec l'emploi de cette méthode des troubles nerveux très fugaces et sans grand inconvénient pourront seuls être rencontrés. Ils sont extrêmement rares, mais mes observations personnelles peuvent vous les signaler. Vous pourrez rencontrer une paralysie plus ou moins fugace dans la région du facial, sous l'influence d'une anesthésie localisée à la sphère du trijumeau ; cet incident est en effet conforme à l'expérience classique de la paralysie motrice de la lèvre provoquée par la suppression de l'innervation sensible. Vous pourrez encore assister à de légers troubles trophiques comme une desquamation épithéliale des muqueuses. Mais ces troubles, même dans leur fugacité et leur bénignité, pourront-ils être comparés aux dangers de l'anesthésie générale ?

En un mot et pour me résumer, en évitant d'injecter directement dans les troncs nerveux (piqûre à blanc) et dans la circulation (ponction exploratrice), vous éviterez toutes les complications graves possibles, ne mettant de votre côté que les très réels avantages de l'anesthésie régionale.

Quant à la proximité des centres nerveux, je ne crois pas que ce soit une raison pour rendre plus toxiques dés doses supportées ailleurs. Au contraire, à mon avis, le tissu cellulo-graisseux dans lequel nous injectons à un pouvoir d'absorption très modeste, la lenteur avec laquelle l'anes-

thésie se produit en est une preuve ; ce tissu est bien traversé par de nombreux vaisseaux, mais sa circulation personnelle proprement dite est extrêmement réduite et il en résulte que la « toxicité des alcaloïdes injectés étant toujours en proportion directe de leur rapidité d'absorption » nous avons moins de chance d'intoxication avec des injections pratiquées dans ce milieu que si, à doses égales, elles avaient été faites à la périphérie de l'organisme.

Nous venons d'étudier dans leur ensemble les grands avantages et les petits inconvénients, nous allons pouvoir maintenant étudier la technique. Pourtant, comme celle-ci est uniquement basée sur la recherche et la poursuite des troncs nerveux, il me semble absolument indispensable, malgré l'excellente mémoire de tous mes confrères, de fixer quelques points d'anatomie qui deviennent essentiels.

La sensibilité des dents et des alvéoles se divisent très nettement en trois groupes :

Un *groupe postérieur*, un *groupe antérieur* et un *groupe médian.*

Chacun de ces groupes reçoit sa sensibilité alvéolo-dentaire proprement dite par une série de nerfs profonds, intra-osseux, ce sont les nerfs dentaires postérieurs et les nerfs dentaires antérieurs. Sa sensibilité périphérique, c'est-à-dire gingivale, est due au contraire d'une part, pour la face externe, à toute une série de rameaux nerveux venant de très haut pour s'étaler sur une large surface (nerfs dentaires postérieurs externes et extrémités du sous-orbitaire) ; d'autre part, pour la face interne, cette sensibilité gingivale est due à deux troncs plus ténus, très disséquables, le nerf palatin postérieur et le nerf palatin antérieur.

En effet, avant de pénétrer dans le canal sous-orbitaire, le nerf maxillaire supérieur donne les *rameaux dentaires postérieurs* qui, au nombre de deux ou trois, pénètrent dans les trous dentaires postérieurs, à la face postérieure de la tubérosité du maxillaire ; le plus interne va directement aux racines donner la sensibilité dentaire, le plus externe se perd dans la masse alvéolo-gingivale externe. La sensi-

bilité alvéolo-gingivale interne est due au grand nerf palatin, qui est une des branches inférieures du Ganglion de Meckel et qui, après être descendu par le canal palatin postérieur, apparaît au trou palatin postérieur pour de là se réfléchir presque à angle droit et se distribuer à toute la muqueuse palatine et gingivale interne. L'ensemble de ces nerfs constitue, comme je vous l'ai dit, l'appareil d'innervation du groupe des molaires, ou groupe postérieur.

Avant de sortir du canal sous-orbitaire, c'est-à-dire au cours de son trajet intra-osseux, le nerf maxillaire supérieur donne à 1 centimètre du trou sous-orbitaire le *dentaire antérieur*. Ce nerf, qui est continuellement intra-osseux, se dirige dans l'épaisseur de la paroi sinusiale antérieure vers les canines et incisives auxquelles il donne la sensibilité dentinaire, tandis que d'autres de ses rameaux se destinent aux alvéoles. Enfin, sortant du maxillaire par le trou sous-orbitaire, le nerf maxillaire s'étale en une infinité de rameaux (rameaux sous-orbitaires) qui s'anastomosent avec les branches du facial et contribuent à la sensibilité de toute la région de la fosse canine et des gencives et muqueuses antéro-externes. A l'intérieur de la bouche la sensibilité de la muqueuse est due au *nerf naso-palatin*, branche antérieure du nerf sphéno-palatin qui vient lui-même du ganglion de Meckel. Ce naso-palatin, venant de la cloison du nez, traverse le trou palatin antérieur et se disperse dans toute la muqueuse. Voilà pour l'innervation du groupe antérieur, groupe comprenant les canines et les incisives.

Quant au groupe médian, c'est-à-dire celui des prémolaires, il doit sa sensibilité, par suite de sa position et comme son nom le fait comprendre, à toute une série d'anastomoses des nerfs du groupe antérieur avec ceux du groupe postérieur.

Dans le groupe postérieur les nerfs dentaires postérieurs ne sont accessibles qu'en haut de la gouttière formée par le bord antéro-interne de l'apophyse ptérygoïde en se soudant à la tubérosité du maxillaire.

Le nerf grand palatin postérieur sera facilement accessi-

ble au niveau du trou palatin postérieur et l'apex de la racine palatine de la troisième grosse sera pour nous un point de repère précieux.

Dans le groupe antérieur, le nerf dentaire antérieur étant continuellement intra-osseux ne sera pas accessible directement, mais il faudra nous rappeler que l'épaisseur d'os qui le protège est excessivement mince. Le nerf naso-palatin sera accessible au niveau du trou palatin antérieur, c'est-à-dire à mi-hauteur et un peu en dedans de la racine de la grande incisive.

Quant au massif maxillaire supérieur pris dans son ensemble, c'est-à-dire dans sa masse osseuse et tous les tissus qui le recouvrent et l'avoisinent immédiatement, on peut dire que toute sa sensibilité dépend essentiellement du très court trajet que le nerf maxillaire supérieur fait du trou Grand Rond, en sortant du crâne, à sa rentrée dans le canal sous-orbitaire. Et, à ce propos, un fait également de la plus haute importance nous frappe de suite : si on pouvait faire une sorte de section anesthésique dans le très court espace que le nerf maxillaire supérieur parcourt dans le fond de la fosse ptérygo-maxillaire, entre sa sortie du crâne et sa rentrée dans le canal sous-orbitaire, on suspendrait non seulement la sensibilité de ce nerf mais aussi et du même coup celle de toutes ses branches efférentes et du ganglion de Meckel. Si l'on pouvait, en un mot, arriver à porter dans le fond de cette fosse (et sa capacité est d'environ un centimètre cube), un liquide anesthésique qui baigne entièrement, qui noie pour ainsi dire, tout le plexus nerveux, on aurait d'un coup l'anesthésie complète de l'os maxillaire supérieur, des dents et de leurs gencives, de la muqueuse sinusiale, des cornets et méats correspondants, ainsi que celle de la muqueuse palatine.

N'est-ce pas là un vaste champ s'offrant à de multiples et larges interventions et, de cette idée, le principe de l'anesthésie régionale du massif du maxillaire supérieur n'est-il pas né ?

Nous entrons maintenant dans le vif de notre sujet.

(A suivre.)

PROTHÈSE RESTAURATRICE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DU SEPTUM NASAL

Par Georges André,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

La patiente que je vais avoir l'honneur de vous présenter est hongroise ; âgée de 18 ans, elle fut amenée en France, par la Doctoresse Salmen, afin d'être opérée d'une déformation faciale congénitale. Nous nous trouvons en face d'un cas anormal et contraire à la théorie pathogénique généralement admise des becs-de-lièvre.

La photographie n° 1 vous montre la situation de la patiente avant toute intervention ; vous pouvez remarquer que son apparence est celle d'un bec-de-lièvre compliqué : double fissure labiale avec absence du lambeau intermédiaire et de septum nasal.

Pourtant la lésion ne s'étend pas aux bords alvéolaires, ni à la voûte palatine.

Notre patiente fut opérée par le Dr Arrou dans son service de l'hôpital de la Pitié.

Les incisives et canines supérieures étant chancelantes et en mauvais état furent extraites. Le Dr Arrou réunit par une suture les bords de la fissure dans leur tiers inférieur, la substance manquant pour faire une labioplastie plus complète. La portion de lèvre ainsi réparée, n'étant maintenue par aucune partie osseuse avait une tendance à s'enfoncer et à remonter vers les fosses nasales.

M. Geoffroy, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, imagina un appareil de traction progressive, afin d'amener le bord inférieur de la lèvre supérieure en contact avec la lèvre inférieure. Cette première manœuvre réussit parfaitement et, les vacances arrivant, M. Geoffroy me confia la patiente, pour lui faire un appareil de prothèse restauratrice. Au mois d'août je confectionnai un appareil de prothèse ordinaire en tendant très légèrement la lèvre supérieure,

sans essayer de l'amener à une esthétique parfaite, afin de ne pas amoindrir notre lambeau et de lui permettre au contraire de se développer.



Je fixai dans la gencive artificielle une gaîne destinée à recevoir un pivot Godard, sur lequel je modelai un septum nasal et la partie manquante de la lèvre supérieure, puis je terminai cette petite pièce en celluloïd rose.

Je tiens à attirer votre attention sur la facilité avec laquelle notre patiente retire son appareil pour le nettoyer et le remet en place ensuite sans hésitation. La photographie n° 2 montre le progrès réalisé et je ne crains pas d'être taxé d'exagération en insistant sur l'utilité des services que peut rendre un prothésiste en chirurgie restauratrice de la face.

REVUE ANALYTIQUE

Réimplantation, transplantation et implantation des dents. — Valeur anesthésique de la quinine et du chlorhydrate d'urée dans les opérations dentaires. — Quelques conseils sur la manipulation des plaques en or. — Hygiène.

Réimplantation, transplantation et implantation des dents.

Dans une longue étude sur cette question, M. Raphael d'Alise arrive aux conclusions générales ci-après, suivies elles-mêmes de conclusions personnelles.

Les théories émises pour expliquer le mécanisme des diverses espèces de greffe dentaire sont nombreuses ; les principales sont au nombre de quatre :

1° Reviviscence du périoste alvéolo-dentaire et sa réunion à la paroi alvéolaire ;

2° Enkystement de la racine dans l'alvéole ;

3° Ankylose entre la racine et la paroi alvéolaire ;

4° Fusion — — — —

Il croit la première erronée, parce que les racines implantées sont dépourvues de tout mouvement et présentent à la percussion un son plus clair que celles des dents voisines, ce qui rend inadmissible l'existence d'un tissu mou quelconque entre la dent et l'os.

La seconde ne lui paraît pas plus admissible, parce que l'examen histologique a démontré que les ostéoblastes provenant de l'os pénètrent quelquefois jusqu'à la cavité pulpaire. Si la dent était enkystée il devrait y avoir une membrane conjonctive enveloppante.

Les faits invoqués par les partisans de la troisième théorie sont exacts cliniquement, mais ils n'expliquent pas cette théorie.

La théorie de la fusion, purement mécanique, est la seule qui ait été contrôlée par la clinique et le microscope.

Mais le dernier mot n'est pas encore dit, parce que les observateurs n'ont pas pu suivre expérimentalement le processus dans toutes ses phases.

Ses conclusions personnelles sont les suivantes :

1° Avant tout il ne faut s'enthousiasmer pour aucune espèce de greffe et il faut se limiter à opérer la seule réimplantation, dans les cas favorables (luxations complètes, fistules gingivales, etc.) ;

2° La greffe dentaire doit de préférence être faite avec des dents fraîches pour donner un résultat plus durable ;

3° La pulpe ne reprend jamais sa vitalité, même chez les adolescents et nous l'avons vu constamment mortifiée dans nos expériences ;

4° La durée de la greffe est en raison directe de l'intégrité du périoste et de l'adaptation plus ou moins parfaite de la racine à l'alvéole ;

5° Dans les greffes fraîches le périoste se canalise ; il n'en est pas ainsi avec les dents sèches, parce qu'elles agissent seulement comme corps étrangers en stimulant les parois alvéolaires pour une nouvelle formation osseuse ;

6° La consolidation commence plus tôt vers le collet que dans le reste de la racine ;

7° La résorption de la racine commence presque toujours à l'apex et la dent peut sembler solide, tandis qu'une bonne partie de la racine est résorbée ;

8° La résorption commence toujours sur les points où la racine est dépourvue de périoste ;

9° La résorption radiculaire ne s'arrête jamais, et suit sa marche destructive jusqu'à l'élimination de la couronne ;

10° La dent greffée doit sa consolidation à une fusion purement mécanique et transitoire entre la racine et l'alvéole.

(*La Stomatologie.*)

Valeur anesthésique de la quinine et du chlorhydrate d'urée dans les opérations dentaires.

M. Hermann Prinz rend compte, sous ce titre, des recherches qu'il a entreprises au laboratoire de l'école dentaire de l'Université de Washington. Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° La quinine et le chlorhydrate d'urée ne sont pas toxiques aux doses auxquelles on les emploie d'ordinaire pour l'anesthésie locale ;

2° La solution de ces deux agents a une forte réaction acide et, par suite, endommage sérieusement les tissus dans la zone injectée. Il s'ensuit habituellement de l'œdème et de l'induration. L'injection est plus ou moins douloureuse et elle entrave la cicatrisation ;

3° Ces deux agents se dissolvent aisément dans l'eau ; leur solution se stérilise par l'ébullition sans altération, mais se décompose aisément par la suite ;

4° Ils supportent l'addition des doses ordinaires d'adrénaline sans entraver le pouvoir constricteur de cette dernière ;

5° Leur solution appliquée sur des muqueuses dans la bouche, même à 25 o/o, est peu absorbée et, par suite, l'anesthésie locale produite est très légère. En outre, son goût très amer persistant gêne son emploi comme anesthésique local.

En résumé, la quinine et le chlorhydrate d'urée ne possèdent pas d'avantages, mais seulement des inconvénients, comparativement à la novocaïne, pour l'anesthésie dentaire locale. Si *a priori* leur absence de toxité est une garantie, cette garantie n'existe qu'avec de fortes doses. La petite dose de novocaïne (15 à 22 millig.) nécessaire pour une opération dentaire moyenne peut être considérée comme exempte de danger. 25 centigrammes ont souvent été employés sans effet toxique. Quant aux nombreux inconvénients de la quinine et du chlorhydrate d'urée, on vient de les voir.

(*Dent. Cosm.,* janv. 1911.)

Quelques conseils sur la manipulation des plaques en or.

Après avoir examiné la question de la fracture des crampons, M. W. Sims arrive aux conclusions suivantes :

1° En estampant une plaque d'or quand la matrice est en plomb, avoir grand soin d'éviter la présence du plomb dans la plaque d'or.

Si par hasard on en trouve, se souvenir que l'acide chlorhydrique ne le dissout pas. L'enlever avec de la ponce en poudre ou plonger la plaque dans l'acide nitrique avant de chauffer. Ne pas recuire une plaque d'or avant que toutes les traces de plomb aient disparu ;

2° Avoir soin de choisir de l'or irréprochable. Les débris enlevés de la plaque peuvent être impurs ;

3° Si le dentiste fait fondre lui-même son or ou sa soudure, il doit être sûr qu'il ne reste pas de trace de plomb dans le métal. Ne jamais se servir de rouleaux pour laminer un métal-base, le plomb par exemple ;

4° Il est dangereux de refroidir rapidement un dentier en or en le recouvrant de sable, parce que ce sable contient du plomb d'ordinaire.

Enfin quand le platine est ainsi brisé il y a presque toujours décoloration de la porcelaine ; mais l'auteur ne croit pas qu'on doive l'imputer aux matières d'investissement. La décoloration ne réside pas dans les faces des dents couvertes par la matière humide, mais dans la partie couverte par le revêtement. La présence du plomb ou du cadmium suffit pour expliquer cette décoloration.

(*Dent. Record*, mars 1911.)

Hygiène.

M. Bruno Bosse incrimine le mauvais état de la bouche dans certains cas de fièvre puerpérale des femmes en couche.

Dans plusieurs cas, la sage-femme ou la patiente même avaient négligé les soins dentaires.

L'auteur cite un cas d'une fièvre puerpérale chez une femme qui avait été opérée, quatre semaines avant l'accouchement, d'un empyème du sinus. La fièvre suivit une marche normale, mais six semaines après la guérison de l'empyème du sinus, la personne fut atteinte d'appendicite et de cholécystite.

L'auteur en cherche l'origine dans l'infection provoquée par la sinusite.

Un second cas d'une sinusite opérée provoqua également la fièvre puerpérale.

Une sage-femme qui faisait consciencieusement son travail n'a pas eu moins de trois cas graves, dont un mortel, pendant ses quatre années de pratique. Elle portait un dentier sur des mauvaises racines, et négligeait pendant des semaines de le nettoyer.

Il est de toute nécessité de procéder à un examen minutieux de la bouche de la patiente et de ceux qui sont appelés à lui donner des soins.

(*Deutsche Monats. f. Zahnheilkunde,* février 1911.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 avril 1911.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle, le mardi 4 avril 1911, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon, président.

Le *secrétaire général* lit une lettre d'excuses de M. Frey.

I. — Présentation de dents anormales.

Le président, au nom de *M. Debray*, de Saint-Germain-en-Laye, présente deux dents de sagesse offrant des anomalies curieuses, et deux dents de lait unies par la couronne. Ces différentes dents, qui constituent des cas intéressants, iront enrichir le musée de l'Ecole.

II. — Multiples et infructueuses interventions chirurgicales a la suite de complications d'évolution de dent de sagesse, par M. Haloua.

M. Haloua rapporte un cas d'accident d'évolution de la dent de sagesse ayant entraîné la mort. Il relate également un autre cas d'accident de dent de sagesse pour lequel des interventions trop timides du côté du capuchon ont été inefficaces ; le mal n'a été enrayé que le jour où une excision complète permit de décéler une carie pénétrante de la dent qui fut ensuite extraite.

Discussion.

M. Roy. — On ne saurait trop insister sur la nécessité de faire des interventions larges dans les accidents des dents de sagesse.

On a trop l'habitude de se contenter — non pas seulement parmi les médecins, mais même parmi les dentistes — d'interventions de petite étendue, ce qui est toujours une faute. Dans les accidents des dents de sagesse limités à l'existence d'un capuchon muqueux, il faut supprimer ce capuchon, et le supprimer complètement. Je dirai même qu'il faut le supprimer complètement ou n'y pas toucher du tout. Souvent on donne de petits coups de bistouri ou on fait des pointes de feu. Ces dernières sont absolument inutiles : elles sont même plutôt nuisibles, parce qu'elles ne font que créer des portes d'entrée à l'infection tout en augmentant l'irritation, tandis qu'une large intervention sur le capuchon muqueux débarrasse le malade de tous ses accidents.

Je vous signale, à ce sujet, le cas suivant d'heureux effets tardifs d'une intervention sur une dent de sagesse. J'ai une jeune patiente dont les 4 dents de sagesse sont poussées depuis deux ans. Sur ses 4 dents de sagesse, elle en a 3 qui sont cariées, qui ont de ces vastes caries qu'on remarque sur les dents de sagesse, avec décalcification presque complète par suite de l'inclusion prolongée de la dent sous son capuchon muqueux. Une seule dent n'a pas de carie et est absolument saine, et c'est justement une dent qui ayant donné lieu à des accidents au moment de son éruption, j'ai dû faire à ce moment une excision totale de son capuchon muqueux et il se trouve que cette dent est la plus belle de ses dents de sagesse.

M. Touvet-Fanton. — A propos de la dent de sagesse, je désire appeler votre attention sur une petite anomalie qui plusieurs fois s'est présentée dans ma clientèle.

J'ai vu il y a quelques années des manifestations d'accidents de dent de sagesse chez une personne d'un certain âge, une trentaine d'années, qui avait parfaitement ses dents de sagesse dans la bouche. Or il y avait une quatrième molaire qui était en évolution derrière la dent de sagesse supérieure droite. Elle poussait dans l'alignement de l'arcade, parfaitement constituée. C'était une seconde dent de sagesse qui poussait. Or on ne penserait pas toujours à l'existence d'une double dent. Du reste, contrairement à la structure de la dernière molaire dans la race nègre qui a généralement cette dent plus volumineuse, c'était une dent plutôt naine. J'ai eu un second cas d'une quatrième molaire ayant évolué de la même façon, sans accident. Cela nous prouve que le cas n'est pas absolument rare et qu'en cas d'accidents de dents de sagesse inexpliqués il peut être utile de penser à la possibilité d'une dent supplémentaire.

M. Lemière. — Je partage la façon de voir de M. Roy en ce qui concerne les interventions sur les dents de sagesse : il faut intervenir d'une façon très large, et, à ce sujet, j'ai un mode opératoire que je vais vous soumettre. Il consiste à faire une incision au bistouri très profonde, incision longitudinale de la gencive s'étendant au fond du capuchon muqueux. Je saisis chacune des lèvres de la plaie avec une pince hémostatique à mors plats et assez longs, et ensuite je fais la résection de chaque lambeau soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux à gencive qui font partie de notre arsenal. De cette façon, on a une résection parfaite du capuchon muqueux. La plaie est assez large et nécessite des soins ultérieurs assez sérieux.

En général il y a de la douleur pendant un ou deux jours, si on ne prend pas de précautions. Si on conseille au malade de faire des lavages avec une solution antiseptique, on évite la douleur. De cette façon l'intervention est parfaitement bien tolérée en général.

M. Roy. — Je n'avais pas l'intention de parler du mode opératoire,

je ne pensais pas que la discussion s'étendrait autant, mais puisque M. Lemière vient d'en parler je vais vous demander la permission de vous dire quelques mots au sujet du mode opératoire que j'emploie, et qui est justement assez semblable à celui que vient d'indiquer M. Lemière.

Ma technique consiste en ceci : au lieu de faire, comme M. Lemière, une incision, je prends immédiatement une pince de Kocher dont j'insinue un des mors sous le capuchon muqueux. Je la pousse ensuite le plus loin possible, jusqu'à l'extrémité de la couronne de la dent, si possible, puis je ferme la pince. La grosse difficulté lorsqu'on a fait une incision, c'est de retrouver ce petit lambeau qui s'écarte assez facilement et qu'il est assez difficile de prendre. Je commence donc par fixer le lambeau que je me propose d'enlever. Quand j'ai bien saisi le capuchon muqueux, j'ai là en mains au moins le centre de la partie à exciser. Je prends soit le bistouri, soit les ciseaux, et je fais une première incision sur la partie interne à l'endroit qui correspond au collet de la dent. Je tire fortement mon lambeau avec ma pince, en dedans, et je fais le long de la joue une autre incision. Cette incision étant faite, j'ai donc mon lambeau absolument détaché de la partie latérale et il ne me reste plus qu'à la séparer en arrière.

J'ai il me semble avec cette technique un peu plus de facilité. Elle diffère peu de celle de M. Lemière et les résultats sont absolument remarquables.

Il faut être prévenu de l'étendue de la brèche que laisse cette opération ; en effet, il se produit aussitôt que l'opération est terminée une rétraction en haut de la muqueuse et alors on trouve une vaste brèche qui paraît plus grande que la partie enlevée, mais cela n'a aucune espèce d'importance, il suffit simplement de prendre des soins antiseptiques convenables pour empêcher que cette plaie ne s'infecte. La brèche est souvent énorme, et il arrive souvent au cours d'une telle intervention d'apercevoir les fibres du masséter et du ptérygoïdien interne.

Bien entendu on fait cette opération sous l'anesthésie à la novocaïne qui permet de faire l'opération complète sans douleur.

Il y a une précaution à prendre dans certains cas car les tissus malgré le délabrement relativement considérable ont parfois une tendance à se réunir trop vite. Il faut pour que cette plaie se guérisse compter 10 à 15 jours. Il ne faut pas que la plaie se guérisse plus tôt, il faut qu'elle s'épidermise. Il faut appeler l'attention du malade sur la nécessité pour lui de toujours ouvrir la bouche. Il y a en effet de la douleur dans la région opérée, de sorte que le malade a une tendance à éviter d'ouvrir la bouche. Or, s'il ferme la bouche, les lèvres de la plaie s'accolent.

Je fais même une chose, dans les cas un peu rebelles où je crains l'adhérence entre les bords de la plaie : je recommande au malade de maintenir sur les dents, au niveau de la dent de sagesse, un tampon

d'ouate d'une grosseur appropriée, tampon imbibé d'une solution antiseptique. Ce tampon agit alors d'une façon constante comme écarteur des tissus sectionnés et empêche leur réunion. C'est un moyen dont je me suis trouvé très bien.

M. Pailliottin. — J'étais de service à la clinique lorsqu'une malade vint me trouver envoyée par un de nos confrères. Elle avait du trismus du côté gauche. En l'examinant je pensai à un accident de dent de sagesse.

J'examinai la patiente et m'aperçus qu'elle avait deux grosses molaires séparées de la première prémolaire par un espace considérable, mais impossible de trouver aucune trace de carie sur les molaires.

J'examinai les tubercules, mais je ne pensais plus du tout à l'évolution d'une dent de sagesse. Il y avait, je le répète, un espace considérable entre ce qui me paraissait être la dent de 6 ans et la première prémolaire qui restait.

Je croyais fermement qu'on avait extrait à cette patiente une grosse molaire. Le lui ayant demandé, elle me dit qu'on lui en avait extrait une, ajoutant même que c'était une dent barrée.

Ne trouvant aucune carie, je redoublai d'attention pour mon examen et avec ma sonde j'arrivai à sentir quelque chose de dur, en arrière de ce qui me paraissait être la dent de sagesse.

J'ai alors fait mon opération avec un pied-de-biche et j'ai enlevé une toute petite dent. Je constatai alors que mes prévisions ne m'avaient pas trompé, j'avais bien affaire à des accidents de dent de sagesse occasionnés par une dent supplémentaire.

M. Prével relate un cas de fistule de la région fisturale en rapport avec une carie de la dent de sagesse (V. *Odontologie*, 30 avril 1911, p. 355.)

M. le président. — Par ce rapide aperçu, par les observations qui ont été suscitées par l'intéressante communication de M. Haloua, vous voyez combien est étendue la pathologie de la dent de sagesse, les accidents et les complications qu'elle peut provoquer, depuis les accidents mortels, comme en a cité M. Haloua, jusqu'aux accidents inflammatoires du capuchon muqueux qui la recouvre, y compris les accidents qui nous ont été cités par MM. Touvet-Fanton et Pailliottin, qui peuvent y être rattachés, et enfin le cas de M. Prével.

Tout cela doit appeler l'attention de nos jeunes confrères, et les amener à appeler également l'attention des médecins sur ces faits dans les cas où ils peuvent être amenés à collaborer avec eux car on peut être appelé à collaborer avec les médecins surtout pour les accidents des dents de sagesse.

Nous remercions M. Haloua de sa très intéressante communication.

III. — Fractures des incisives centrales ; restauration a l'aide des couronnes fracturées, par M. H. Villain.

M. H. Villain. — Le moulage que je vous présente est celui d'un

jeune homme de 15 ans qui est venu chez M. Sauvez il y a une huitaine de jours. Jouant à la balle au chasseur, monté sur des échasses, sur le point de recevoir cette dernière en pleine figure, il se baissa brusquement et vint heurter les incisives centrales supérieures sur le bout d'une échasse, il évita la balle, mais ses dents ne résistèrent pas au choc, elles se fracturèrent au-dessus du collet.

Les fractures furent assez heureuses et je vais pouvoir replacer les dents à l'aide de pivot comme je ferais pour des dents Davis par exemple.

IV. — Correction d'une anomalie de direction dentaire par rotation sur l'axe presque complète, par M. H. Villain.

M. Henri Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *Odontologie*, 15 mai, p. 385.)

Discussion.

M. H. Villain. — Pour corriger cette anomalie, j'ai mis un mois seulement, mais cela fut un peu malgré moi. J'avais l'intention de mettre plus de temps, estimant qu'en général, nous ne saurions aller trop doucement si nous voulons éviter tout accident.

N'ayant constaté aucun progrès durant une quinzaine de jours, je plaçai deux élastiques, c'est alors qu'en quelques jours la dent tourna, mais cette fois plus rapidement que je ne le désirais.

M. Roy. — L'observation de M. Henri Villain me rappelle une anomalie que j'ai eu l'occasion d'observer et qui se rapproche beaucoup de celle-là. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans qui ayant perdu une incisive centrale supérieure temporaire avait vu celle-ci remplacée par deux ou trois petites dents surnuméraires.

Le cas était assez embarrassant, ce garçon n'avait pas son incisive centrale, ce qui était évidemment très laid, j'étais d'autre part très embarrassé pour savoir si ces dents surnuméraires n'étaient pas en réalité des fragments anormaux du germe divisé de l'incisive, représentant par conséquent l'incisive centrale permanente. J'ai fait radiographier le malade et on a pu voir très nettement dans la profondeur des tissus l'incisive centrale.

Cette incisive centrale était heureusement en bonne position et je n'ai pas eu les mêmes difficultés que M. Villain. J'ai enlevé les dents surnuméraires et puis ensuite j'ai fait une incision pour dégager la couronne de l'incisive centrale que j'ai trouvée à un niveau un peu élevé, mais pas encore trop élevé. Il s'est écoulé un peu de temps : la dent était en voie d'évolution, j'ai dégagé la couronne et la dent est descendue seule et a pris sa place d'une façon très régulière. Cela se rapproche du cas de M. H. Villain parce qu'il y avait eu chute de la dent temporaire et éruption des dents surnuméraires et rotation de la dent de remplacement normale.

M. Seimbille. — M. Villain ne semble-t-il pas avoir établi une relation entre le traumatisme et l'anomalie ?

M. Henri Villain. — Je dis que le traumatisme a pu retarder l'évolution de la dent normale.

M. Seimbille. — Je crois qu'il faudrait voir là un arrêt de l'évolution avec un phénomène d'ordre plus profond.

M. Henri Villain. — Ce traumatisme s'est produit à l'âge de 3 ans et demi, il ne faut donc pas supposer que cela a pu porter sur le follicule.

M. Seimbille. — A propos de la rapidité du traitement, je crois que lorsque nous faisons des redressements il ne faut pas aller très vite. J'ai eu l'occasion de redresser une dent qui était en rotation sur l'axe. Ce redressement s'est fait avec un appareil du même genre que celui de M. Villain. J'ai été trop vite et la dent est morte.

M. Henri Villain. — La mienne n'est pas morte.

M. Seimbille. — La dent avait tourné trop rapidement. Nous devons donc être très prudents, et ne pas déplacer une dent trop brusquement.

Durant quelques explications complémentaires, M. H. Villain expose au tableau noir à l'aide d'un dessin, la raison qui lui fit placer ses bagues sur les dents de six ans dans un sens opposé, afin de répondre aux efforts produits par les caoutchoucs ; ainsi que la manière très simple de placer un écrou au bout d'un arc en boucle et cela simplement en effilant la pointe de l'arc afin que l'écrou se maintienne à sa place jusqu'à ce que l'on ait trouvé le pas de vis.

M. le président. — Nous devons remercier M. Henri Villain de sa très intéressante communication. Il y a plusieurs choses à observer. D'abord les difficultés que nous causent les dents surnuméraires. Vous avez vu tout à l'heure MM. Pailliottin et Touvet-Fanton vous parler des troubles que causaient des dents surnuméraires placées derrière la dent de sagesse.

Aujourd'hui une dent surnuméraire vient gêner l'évolution d'une dent permanente et empêche son redressement, l'empêche au point qu'un premier confrère a échoué dans le traitement de cette anomalie.

Vous voyez les très grands services que la radiographie peut rendre dans les traitements orthodontiques. C'est la radiographie qui a permis à un de nos confrères de voir qu'il y avait une dent surnuméraire, plus une dent permanente. Il n'a pas pu profiter du renseignement en supprimant la dent surnuméraire n'étant pas sûr que la dent permanente évoluerait.

Je me souviens pour ma part d'un cas, sinon analogue, du moins assez intéressant. Il s'agit d'une incisive que j'ai eu quelque peine à redresser. Elle était en rotation sur l'axe, et, malgré les efforts les plus

puissants que j'avais employés, je dois dire que, lorsque je réussissais à la redresser elle reprenait sa position première presque aussitôt. Or plus tard je vis apparaître une canine. C'était une canine qui était mal placée, qui évoluait anormalement. Nous l'avons ramenée du palais à sa position normale, ensuite nous avons pu redresser l'incisive latérale.

Nous n'avons pas eu besoin de la radiographie, parce qu'au moment où justement je soupçonnais cette dent, je l'ai vu apparaître.

La radiographie nous aurait cependant été très précieuse, très utile, au début. Il ne faut pas oublier de l'employer.

Je n'insiste pas sur la construction des appareils à poste fixe : vous voyez qu'ils permettent d'obtenir une force suffisante pour amener dans un temps très rapide la rotation de la dent. Il y a une chose intéressante qui a été indiquée, qu'il est intéressant d'indiquer et de souligner, c'est la position que M. Henri Villain a donnée à sa bague pour mieux répartir ses forces. Ce petit procédé qu'il nous indique est à retenir : tout cela dénote un praticien qui a l'habitude de ces appareils.

Une chose que nous a signalée M. Seimbille, c'est le danger qu'il y a à procéder trop rapidement. Je ne saurais trop le féliciter et le remercier de sa sincérité. On ne signale pas volontiers ses insuccès, et on a tort, car cela rend souvent service aux patients et aux confrères. Il nous a dit, et cela nous le savons, nous en avons vu plusieurs fois des exemples, que des accidents se produisent lorsqu'on fait déplacer une dent trop rapidement, cela amène la mortification de la pulpe. C'est là un accident extrêmement fâcheux, qui peut nuire et qui nuit beaucoup au praticien à qui cela arrive. Cet accident ennuie beaucoup la famille et la victime de l'accident, cela peut nuire beaucoup à la considération du dentiste. Effectivement vous avez entrepris la correction de l'anomalie dans le but surtout de rétablir l'équilibre articulaire pour obtenir une mastication plus normale, pour assurer les fonctions plus normales de la bouche, des dents, mais les parents ne voient, eux, que le côté esthétique. Les parents vous disent : la dent était placée d'une façon disgracieuse, vous avez redressé la dent, c'est entendu, mais à la place d'une dent blanche, nous avons une dent noire. Or ces choses-là, on ne vous les pardonne pas.

Comme vous l'a dit M. Henri Villain tout à l'heure, il a très bien fait d'employer cet appareil, seulement il a employé des forces un peu trop puissantes et il a agi bien rapidement. Son malade n'en subira aucun inconvénient, c'est entendu, c'est heureux, il le voyait du reste assez souvent, je crois, pour corriger la force de l'appareil si cela lui avait paru dangereux. Pourtant il y avait dans ce cas quelque chose d'un peu téméraire. Cette observation aura été pour nous extrê-

mement utile à nombre de points de vue et je ne saurais trop remercier en votre nom M. Henri Villain de sa très intéressante communication.

V. — Quelques remarques au sujet de l'ancrage de Baker, par M. Lemière.

M. Lemière fait sur ce sujet une communication qui sera publiée.

Discussion.

M. Henri Villain. — La communication de M. Lemière est extrêmement intéressante. Comme lui, évidemment, je ne dis pas qu'on puisse laisser les appareils dans la bouche des patients sans en suivre la marche de très près. J'ai fait tout de même quelques redressements qui se sont faits pour ainsi dire presque tout seuls.

Dans un cas notamment, il s'agissait d'une jeune fille qui partait aux eaux pendant trois mois, je lui avais posé quelques mois auparavant un appareil. Elle allait dans une ville où je savais qu'elle pourrait trouver un dentiste, si besoin était. J'avais affaire aussi à une mère intelligente qui savait retirer un fil lorsque celui-ci était cassé, en un mot elle surveillait de très près le redressement. J'ai eu le soin d'ouvrir mon arc d'une grandeur suffisante pour que les dents ne soient pas trop entraînées. Tout s'est bien passé ; lorsque cette patiente revint, son redressement avait énormement progressé.

Une autre fois, j'ai eu à traiter un jeune homme de 25 ou 26 ans qui s'en allait à la campagne à tout moment pour quelques jours avec un appareil en bouche. Il savait remettre lui-même les fils qui cassaient.

Comme celui de M. Lemière ce cas a très bien réussi.

M. le président. — Ces communications, celle de M. Villain, comme celle que vient de nous faire M .Lemière, sont très intéressantes pour nous montrer dans quelles conditions nous devons appliquer les forces que nous avons à notre disposition.

Vous savez évidemment que, comme le sabre de M. Prud'homme, qui permettait au besoin de défendre et d'attaquer la société, ce sont là des forces à double tranchant, qui vous permettent au besoin de replacer les dents à leur place, mais aussi, si vous n'y veillez pas de près, de déplacer une dent qui était bien à sa place, comme celle qu'on a si bien déplacée qu'elle s'est trouvée amenée horizontalement en dehors de l'arcade. On vous a signalé le cas d'une autre dent qui est devenue noire, la pulpe ayant été mortifiée.

Il faut des forces suffisantes pour déplacer les dents, mais il ne les faut pas trop fortes, si elles sont trop fortes pour agir rapidement, il faut qu'elles soient très surveillées.

Comment cela peut-il s'accommoder avec les occupations et les obligations sociales de nos patients, qui s'en vont en voyage dans le midi

l'hiver, aux eaux l'été, qui commencent un traitement et l'abandonnent pendant quelque temps parce qu'il y a des réceptions chez la maman, ou même pour des choses plus futiles que cela? Nous devons surveiller nos appareils et dans le cas qu'a cité M. Lemière comment devons-nous agir, lorsque le patient habite loin de Paris? Est-il possible de faire des redressements en employant cette force si utile, si remarquable, de l'ancrage de Baker? Pouvons-nous l'employer chez un patient qui habite la province? Pour le cas dont on vous a fait part, il y avait une institutrice intelligente qui surveillait la marche de l'appareil et qui pendant les périodes où l'enfant ne venait pas à Paris pouvait suppléer le dentiste.

Il faut encore qu'il y ait, comme Villain l'a cité pour son cas, un patient intelligent qui ait bien compris les forces qui agissent sur ses dents et puisse lui aussi suppléer au besoin à l'absence de son dentiste, à moins que ce ne soit une mère intelligente qui suive le redressement afin qu'il s'opère dans de bonnes conditions.

Nous pouvons entreprendre des redressements sur des patients habitant au loin; mais il faut que l'enfant soit surveillé par des parents intelligents, s'il n'est pas en âge de surveiller lui-même la marche de son appareil, soit encore par des confrères habitant la ville dans laquelle se trouvera notre patient.

Nous avons eu à traiter des enfants qui s'en allaient dans le midi. Nous avons pu les adresser à des confrères des villes dans lesquelles ils se trouvaient, avec lesquels nous nous sommes mis en rapports et qui ont ainsi parfaitement conduit le redressement pendant l'absence du patient. M. Lemière vous a prouvé qu'on pouvait très bien faire un redressement sans le suivre personnellement, mais à condition que le patient puisse être surveillé.

VI. — Observation d'un cas d'hémorragie de la bouche, par M. Rouveix.

M. Rouveix lit une communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, 15 juin 1911, p. 483).

VII. — Deux observations d'état hémorragipare, par M. Roy.

Cette communication sera publiée.

Discussion.

M. Touvel-Fanton. — Je demande à dire un mot à propos de la communication de M. Roy concernant la première de ses observations. Pour la seconde, ma question ne s'y rapportera pas, puisque ce n'est pas lui qui avait traité la malade auparavant.

Pour son premier cas, il avait traité le sujet dont il s'agit quelques

années auparavant. Il avait fait une extraction et il nous a rapporté qu'il n'avait pas observé d'hémorragie à l'époque. Lorsqu'il l'a opérée la seconde fois, elle a eu une hémorragie que M. Roy attribue à un état général particulier. Je ne nie pas qu'il y ait des cas hémorragipares mais je voudrais rechercher si dans des circonstances avoisinantes il n'y a rien qui explique ces faits. N'avez-vous pas fait une injection anesthésique avant votre opération et quelle solution anesthésique avez-vous introduite dans l'organisme de cette malade ? Car depuis quelques années, il me semble entendre parler beaucoup plus fréquemment de tendances à l'hémorragie *secondaire* (j'insiste sur ce mot) et cela surtout depuis que nous employons d'une façon courante l'injection pour anesthésie locale dans les extractions et ceci plus particulièrement lorsque nous employons des solutions à l'adrénaline. N'avez-vous pas fait une injection à l'adrénaline pour faire cette extraction ?

M. Vasserot. — Je signale un fait au sujet d'une hémorragie que j'ai eu à traiter, fait qui pourrait corroborer les dires de M. Touvet-Fanton. J'avais pratiqué une anesthésie avec une solution cocaïne et adrénaline, et j'avais extrait quatre dents déchaussées et ne tenant presque plus. La malade avait un état général mauvais. Elle était diabétique. Elle est partie après avoir saigné un peu plus abondamment qu'on ne le voit d'ordinaire. En sortant de chez moi elle a eu une hémorragie intense. Elle a été chez son médecin qui lui a fait de la compression. Le soir il a fallu que je me rende chez elle, j'ai fait à mon tour de la compression avec des tampons d'antipyrine, j'ai fait un bouchon avec du stents, l'hémorragie a recommencé après un quart d'heure. Elle s'est arrêtée cependant après une syncope que la malade a eue dans la soirée.

Je tenais à vous signaler ce cas, parce que, peut-être l'adrénaline y a eu une certaine part d'influence dans ce cas ?

M. Seimbille. — Je crois que nous pouvons voir dans la compression le moyen le plus efficace pour arrêter une hémorragie. J'ai expérimenté à plusieurs reprises le coton imprégné de gomme laque et d'oxyde de zinc. On fait une boulette assez épaisse et on l'introduit dans l'alvéole. On peut ensuite employer un appareil compresseur et on obtient une occlusion plus parfaite.

M. Rouveix. — Je ne pouvais pas employer ce procédé. J'avais une eschare, il était plus logique de mettre de la gaze qui était plus aseptique.

M. Roy. — Je répondrai à M. Touvet-Fanton et à M. Vasserot, en même temps, qu'en effet j'avais fait la même anesthésie, antérieurement, à la malade et qu'elle n'avait pas eu d'hémorragie. Pour ma part je n'ai pas observé davantage d'hémorragie depuis que je fais des extractions avec anesthésie locale ou sans anesthésie locale : je n'ai

pas observé de différence et en particulier pour l'adrénaline. Je crois que, dans mon cas, l'adrénaline n'est pour rien.

Pour la seconde malade, je ne sais pas ce qui a été fait. Pour la première malade ce n'est pas le cas. Je lui ai fait son extraction, elle est partie de chez moi et c'est à 100 mètres de chez moi, lorsqu'elle est montée en voiture que l'hémorragie a repris. On a toujours considéré l'adrénaline comme un agent hémostatique. On peut lui reprocher de favoriser les hémorragies secondaires, mais pas les primitives.

Ce qui fait que je puis dire qu'il y a eu un état hémorragipare c'est qu'il n'y a pas eu hémorragie par l'alvéole seulement, mais bien dans tous les tissus de la région, dans le palais, le voile du palais, du côté des parties profondes. Pour que cette malade ait eu une ecchymose aussi considérable du côté de la joue, je crois qu'il y a là un état général un peu particulier. En ce qui concerne les moyens pour éviter l'hémorragie, comme M. Rouveix l'a fait, la meilleure chose, celle que nous devons employer la première, c'est la compression qui peut arrêter une hémorragie de peu d'importance. Il est souvent nécessaire d'y adjoindre des moyens accessoires et ces moyens accessoires sont nombreux. Je vous signale en particulier un moyen qui m'a été signalé c'est une formule que j'ai vu employer par un médecin anglais. En mélangeant de l'alcool, de l'antipyrine et du tannin, cela forme, dès que cela arrive dans la bouche, une espèce de magna fibrineux qui colle après les tissus et qui arrête très bien l'hémorragie. J'en ai obtenu d'excellents résultats. Mais le point particulier sur lequel j'attire votre attention c'est que, lorsque vous êtes en présence d'un de ces états hémorragipares il faut non seulement faire le traitement local, mais aussi le traitement général pour modifier l'état hémorragipare dans lequel se trouve votre malade.

M. Rouveix. — J'ajouterai deux mots afin de signaler l'importance du sérum sec de cheval, qui agit très bien.

M. Roy. — Je suis très heureux que M. Rouveix insiste sur ce point. Il m'en avait parlé. L'emploi qu'il a fait du sérum sec de cheval lui a donné d'excellents résultats. Ce sérum est d'un emploi très commode depuis les recherches d'Emile Weil, on tend à attribuer l'hémophilie à un état dyscrasique de l'individu dû à l'absence d'un ferment coagulant du sang. Les hémophiles n'auraient donc pas ce ferment inconnu qui coagule le sang, ce qui tendrait à le démontrer c'est qu'il suffit, chez un malade hémophilique, d'injecter du sérum frais d'animal qui lui donne ce ferment coagulant qui lui manque pour voir s'arrêter immédiatement les hémorragies.

J'étais au courant des recherches d'Emile Weil, mais je n'avais pas eu l'occasion d'utiliser ces connaissances jusqu'à il y a un an et ceci me remet en mémoire une observation à laquelle je vous avoue je ne pensais plus du tout. Je vais vous la communiquer, cela complètera

si vous voulez bien la communication que je vous ai faite ce soir.

Cette observation est tout à fait instructive et elle peut vous indiquer concurremment à ce que vous a signalé M. Rouveix, un moyen d'arrêter les hémorragies.

C'était un douanier qu'il s'agissait de traiter pour un abcès. Je lui incisai son abcès par la bouche. Cela saigna, rien d'extraordinaire. Ce qu'il y avait d'extraordinaire, c'est que l'hémorragie ne s'arrêtait pas.

Je m'empressai donc de tamponner et grâce à un tamponnement énergique, l'hémorragie s'arrêta.

Je lui enlève son tampon, le lendemain, l'hémorragie reprend de plus belle. Je retamponne, mais dès que j'enlevais le tampon l'hémorragie reprenait d'une façon inquiétante. Dans ces conditions, avec le confrère qui m'avait envoyé le malade et qui se trouvait là, je lui mis un simple petit tampon dans la plaie et on lui fit une injection de sérum antidiphtérique. Ce malade saignait d'une façon assez inquiétante pour qu'on hésitât à le renvoyer chez lui, or immédiatement après l'injection j'enlevai le tampon qui bouchait l'orifice et je constatai que l'hémorragie était complètement arrêtée. Ce n'était pas la première dent que ce patient se faisait arracher. Ce malade n'était pas un hémophilique, il n'avait jamais eu d'état semblable.

M. le président. — Nous remercions M. Rouveix et M. Roy de leurs très intéressantes communications sur l'hémorragie. C'est encore un danger dont les dentistes doivent se préoccuper. On ne saurait trop appeler l'attention sur cette complication, qui peut être due à des causes locales et à des causes générales, et il est utile que votre attention soit appelée sur les dangers qui existent et sur les moyens que nous avons d'y remédier.

VIII. — Incidents de la pratique journalière.

M. Godon. — Il arrive souvent que nous voyons dans nos cabinets des patients qui se présentent avec des fractures des grosses molaires, des prémolaires. Pour les dents fracturées, lorsqu'elles sont fracturées longitudinalement on se demande souvent : Faut-il les conserver, faut-il les extraire ?

Si l'on veut les conserver, on les attache le plus souvent, on les ligature avec un fil métallique et on peu après le traitement y appliquer une couronne. J'en ai eu plusieurs que j'ai conservées ainsi.

Cependant j'ai été amené à traiter dernièrement une grosse molaire fracturée dans ces conditions. J'avais fait une ligature et j'avais l'intention d'appliquer après le traitement des racines une couronne, lorsque j'ai eu l'idée de prendre un anneau de redressement d'Angle, et voyant que mes deux fragments n'étaient pas suffisamment rapprochés, j'ai pris cet anneau et j'ai resserré les deux fragments à l'aide de

la vis. J'ai laissé l'anneau en place et j'ai pu traiter la dent et soigner les canaux comme si la dent n'était pas fracturée. Les fragments se sont consolidés, le patient mange depuis plus de deux mois dessus. L'avantage de ce petit procédé, c'est que vous avez des anneaux d'Angle sous la main qui s'ajustent très bien. Vous pouvez à l'aide de l'écrou enserrer et rapprocher les fragments et vous évitez ainsi la préparation difficile qu'une couronne exigerait. En effet, si vous meulez la dent pour faire la préparation de la couronne, vous risquez de déplacer vos fragments. De plus sous la couronne vous ne savez pas ce qui se passe au point de vue de l'infection, tandis qu'avec les anneaux d'Angle vous voyez toujours l'ouverture de la cavité et vous pouvez soigner votre dent avec facilité.

IX. — Questions diverses.

Le président. — Nous avons été invités par les organisateurs du congrès de Rouen à envoyer des délégués pour assister aux travaux de ce congrès. Pareille invitation a été faite à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Dans cette lettre le président et le secrétaire général du congrès de Rouen nous disent qu'ils seront très heureux de voir assister tous les membres de notre groupement à leur congrès.

Ils font ressortir que ce congrès est fait dans un but professionnel et qu'il n'y aura aucune distinction de groupe.

Le conseil de l'Ecole a répondu qu'il accepterait l'invitation si toutefois le congrès était placé sous le patronage de la F.D.N., au même titre que sous celui des syndicats fédéraux.

La Société décide d'adresser la même réponse que le Conseil de l'Ecole.

Le président rappelle qu'il y aura le 30 avril une fête du Groupement qui comprendra deux séances de la Société d'Odontologie, dont une séance de démonstrations pratiques.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général :
Henri Dreyfus.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE LUCERNE

Par R. JACCARD, de Genève.

(Suite et fin.[1])

M. le prof. Dr O. Römer, de Strasbourg, membre d'honneur de notre Société, avait bien voulu nous apporter une ample récolte scientifique, et durant une heure a traité magistralement les transformations anatomo-pathologiques provoquées dans l'émail et dans la dentine par la carie dentaire. Les clichés microscopiques projetés sur l'écran font mieux comprendre les ravages causés par la carie et la difficulté parfois de la tâche de l'opérateur. M. le prof. Römer estime que les cavités doivent toujours être préparées largement, car la carie va bien au delà de la couche dentinaire d'apparence saine. Une désinfection de 2, 3 minutes doit suivre. En outre, dans les cas de dentition faible, Römer recommande l'extraction de la dent de six ans aussitôt après l'éruption d'un cuspide de la deuxième molaire. Dans les caries de l'émail : carie calcaire ou dépôt verdâtre, Römer excise largement à la meule et polit la surface enlevée.

La discussion qui suivit fut des plus instructives. M. le Dr Senn relève les différents enseignements qui dérivent du magistral exposé de M. le prof. Römer. Il se déclare partisan de l'extraction de la première molaire dans certains cas. Quand la cavité, soigneusement préparée, laisse supposer l'existence de bactéries s'étendant plus loin vers la pulpe, Senn se déclare d'accord avec Bönecken qui recommande de couvrir la partie parapulpaire d'une pâte au thymol. Le prof. Römer répond qu'il approuve ce procédé et se sert, quant à lui, d'une pâte de chloro —phénol camphré. — M. Ad. Brodtbeck a été très heureux d'entendre l'opinion des Drs Römer et Senn au sujet de l'extraction de la première molaire. Nous ne devons pas oublier que l'intérêt de nos patients est en jeu ; la plupart des malades que nous traitons, dans la campagne spécialement, sont des humbles ou du moins des gens peu aisés. M. Brodtbeck demande encore à M. Römer son opinion sur l'encapage de la pulpe. Römer répond qu'il croit à la possibilité d'un succès ; mais il est mieux de ne pas s'y fier et de dévitaliser si c'est nécessaire.

Au sujet de l'extraction de la dent de 6 ans, M. P. Guye (Genève)

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 juillet 1911.

fait entendre l'autre cloche : Il s'oppose énergiquement à l'extraction, qui est toujours une mutilation.

Le Dr Th. Gassmann (Zurich) traite d'une manière claire et concise le sujet très original : « Quelles différences existent au point de vue chimique entre les dents humaines et les dents animales, et quelles différences entre les dents humaines elles-mêmes ? » Gassmann a fait l'analyse chimique de centaines de dents. De ses expériences il résulte que la plus grande partie de l'eau contenue dans les dents provient des sels de calcaire, que les dents de sagesse humaines contiennent plus de calcium que les canines du chien, plus aussi que les dents de 60 ans ; on voit aussi que les canines contiennent plus de substances organiques que les dents de sagesse, que les dents humaines sont plus riches en potassium et chlore, les dents animales plus riches en sel de sodium. L'hydratation des dents est d'ailleurs assez mal étudiée jusqu'ici. Mais il ressort du très bel exposé de Gassmann qu'il est faux que la carie précoce des dents de sagesse provienne du manque de calcium, que les dents chargées de substances organiques soient plus faibles que les autres. Il y aura lieu de revoir les phénomènes d'hydratation des sels contenus dans les dents. MM. Reutlinger (Saint-Gall), prof. Römer (Strasbourg), Wirth (Berne) remercient vivement M. Gassmann et complètent la belle étude qu'il a faite.

M. le Dr méd. Th. Montigel (Andermatt) fait ensuite la démonstration d'appareils dentaires Röntgen de la maison Reiniger Gebhardt et Schall. L'exposition du cliché dure seulement dix secondes. La radiographie d'une canine en éruption chez une fillette de 10 ans est faite séance tenante, et la plaque développée aussitôt. Pas de discussion.

M. le prof. Stoppany fait l'éloge du Dr Claude Martin et de ses œuvres. L'assemblée écoute recueillie le témoignage ému à l'un de ses membres d'honneur : un grand citoyen, un remarquable collègue nous a quittés ; il vivra longtemps parmi nous par le souvenir.

Pour terminer le Congrès, la parole est donnée à M. Eug. Müller (Zurich) D. D. S. qui démontre dans le laboratoire de chimie :

A. — Un nouvel appareil de chauffage pour le coulage de métaux sous pression. De fortes flammes jaillissent en éventail d'un four à gaz très bien combiné.

B. — Des incrustations d'or combinées avec des amalgames de cuivre. Müller préconise l'amalgame de cuivre pour les qualités antiseptiques. Il en garnit les parties proximales, puis le combine avec une incrustation d'or sur la face triturante.

C. — Une nouvelle méthode pour la fonte de formes d'incrustations en cire dans la cavité même. Procédé ingénieux, mais déjà fort employé.

A midi et demi seulement prenait fin cette longue séance. Tous les congressistes se donnent encore une fois rendez-vous à l'hôtel du Lac où le banquet d'adieux fut très animé. Discours de MM. Steiger, Stoppany, Römer, Brodtbeck, et l'on se sépare en se disant : A Zurich l'an prochain.

RAPPORT SUR LE DOCTORAT DENTAIRE

Présenté a la Société Odontologique Suisse, 19 mai 1911.

Par R. Jaccard, de Genève.

Messieurs et chers collègues,

Lors de la dernière réunion de votre Comité à Berne, le 29 mars, notre distingué confrère M. Brodtbeck nous fit part de ses idées sur le Doctorat en médecine dentaire. Et nous avons décidé à l'unanimité de vous présenter deux rapports, l'un en allemand, l'autre en français, sur cette importante question. M. le Prof. Stoppany, rapporteur allemand, a certainement plus de compétence que moi pour vous parler de ce doctorat qui nous est cher, et je n'ai qu'une prétention : celle d'intéresser un peu nos collègues suisses-romands à cette question capitale pour le progrès de l'Art dentaire en Suisse.

Certes, il est plus facile de converser avec vous quelques instants en toute intimité que de réaliser le Doctorat dentaire. Les difficultés qui s'élèvent contre lui et empêchent sa réalisation sont en effet très nombreuses. Il y a d'abord la tradition, qui veut qu'un dentiste ne soit qu'un dentiste, quand ce n'est pas un arracheur de dents. Et vous savez tous la force de tels préjugés. Il y a aussi le corps médical dont le protectorat s'exerce sur notre profession depuis Hippocrate et Gallien. J'aurai à en parler demain plus longuement. Il y a l'université qui nous met à l'écart comme des parias. Il y a principalement notre propre inertie : et par là je veux dire que depuis une trentaine d'années, alors que les Billeter, Wellaner, Kölliker, Guillermin, Redard et d'autres luttaient pour rehausser la dignité de notre profession, nous devons reconnaître en toute humilité que la situation est à peu près la même qu'en 1882. Et, j'affirme que nos efforts n'ont pas été ce qu'ils auraient dû être. Ce n'est pas en une fois qu'on abat une muraille ; c'est en l'attaquant deux, trois, dix fois, s'il le faut. Et si le résultat n'est pas atteint, au lieu de se décourager, on recommence.

Il en est peut-être parmi vous, qui trouvent que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, que nous n'avons cure du Doctorat dentaire, qui est une pédanterie, que nous n'avons nul besoin de l'immatriculation à l'université, ni des mêmes droits que les autres professions libérales, ni de la dignité et de l'autorité pro-

fessionnelles. Je crois qu'ils font erreur: il est bon d'être en tutelle quand on est jeune et qu'on ne sait pas se conduire, il est plus ou moins pénible de le demeurer quand on a l'âge de raison.

Les autorités exigent de nous la même maturité, les mêmes premiers examens à l'Université, les mêmes travaux de laboratoire que pour les médecins. Nous devrions, semble-t-il, avoir les mêmes droits : immatriculation des étudiants à l'Université — représentation des professions au Sénat — grades universitaires égaux à ceux des vétérinaires, chimistes, etc...

On nous dit : Faites votre Doctorat en médecine. Et ceux qui parlent ainsi ignorent absolument ce que sont les exigences de l'Art dentaire moderne, aujourd'hui si vaste, si complexe, que des spécialités même ont été nécessaires.

L'aphorisme de Magitot : « tout médecin, dentiste — tout dentiste, médecin » me semble erroné. On est médecin ou dentiste. Et c'est la raison pour laquelle la Faculté de médecine n'a pas de professeur ordinaire d'odontologie et de stomatologie. — Le corps médical savait et sait très bien que l'odontologie est un domaine spécial et si vaste qu'un seul professeur ne peut donner que des notions élémentaires, enfantines, si je puis dire, de l'art dentaire moderne. — C'est la raison pour laquelle les médecins ont laissé aux écoles dentaires le soin d'enseigner l'odontologie, tout en gardant comme à Genève par exemple, la direction, le contrôle, le protectorat des études dentaires.

Et nous arrivons à ce dilemme : ou la section dentaire fait partie de la Faculté de médecine — ou elle est autonome.

Si l'Ecole dentaire fait partie de la Faculté de médecine comme subdivision B, on doit élaguer de son programme plusieurs domaines qui n'ont rien à voir avec l'odontologie : l'obstétrique et la gynécologie. On doit viser à produire non seulement des médecins, mais surtout des dentistes. — Et l'Ecole dentaire actuelle, réunie à l'Université et à la Faculté de médecine, me paraît remplir à peu de chose près le but poursuivi.

Si au contraire l'Ecole dentaire ne fait pas partie de la Faculté de médecine, elle est alors étrangère, vivra de sa vie propre, pourra créer, comme en Amérique, le Doctorat dentaire, que devrait, lui, conférer, à notre siècle, la Faculté de médecine.

Ainsi, un élan plus grand sera donné aux études dentaires. Les grades accordés stimuleront les praticiens en odontologie. Au lieu d'aller 8 à 10 mois en Amérique, les étudiants feront un ou deux semestres d'études en plus, s'il le faut, car nous devons pouvoir faire dans les écoles suisses des cours et des cliniques égales, si ce n'est supérieures, à celles des pays étrangers.

Nous nous devons à nous-mêmes de sortir de cette inertie dont je parlais au début. Nous devons aller de l'avant avec confiance. J'ai

peut-être l'illusion de la jeunesse, c'est ce qui me permet de croire au succès et d'espérer fermement — si ce n'est pas pour nous, du moins pour ceux qui nous suivront — le Doctorat dentaire.

A PROPOS DU DOCTORAT DENTAIRE

Congrès de Berlin 1909.

Dans la séance du 25 août 1909 du Congrès dentaire international de Berlin, M. Godon a présenté à la 11e section une communication sur « La réforme des études et des examens dentaires en France ».

Cette discussion a provoqué une discussion et l'adoption d'un vœu que nous croyons intéressant de reproduire, la question du doctorat dentaire ayant donné lieu à de nombreux débats.

Discussion.

M. Fabret, de Nice, demande l'obligation pour le médecin qui veut exercer l'art dentaire de posséder le diplôme spécial ou au moins une année d'études spéciales.

M. Fréemann, de Besançon, demande qu'on tâche d'obtenir le titre de docteur pour les chirurgiens-dentistes.

Il faut remarquer que le chirurgien-dentiste est, à cause de son titre, considéré comme inférieur aux docteurs en médecine faisant de la dentisterie, bien que ceux-ci puissent n'avoir fait aucune étude dentaire. D'autre part les dentistes américains obtiennent le titre de docteur après trois années d'études.

Pour avoir le titre de docteur, les chirurgiens-dentistes sont obligés, soit de faire leur médecine en France, soit d'aller faire un stage dentaire aux Etats-Unis.

Il fait remarquer que dans les autres professions (lettres, sciences, etc.), les études sont couronnées par le titre de docteur ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour les études dentaires ?

M. Roy insiste sur la nécessité dans les programmes d'études de spécifier le nombre d'heures consacrées à chaque matière, ainsi qu'il l'a indiqué le premier dans son rapport au Congrès international de 1900. Il dit que les travaux pratiques doivent y être également notés comme nature et nombre. Il signale dans le tableau de M. Godon que, même en se plaçant au point de vue des stomatologistes qui demandent l'obligation des études médicales pour les dentistes, il y a intérêt à ce que les études débutent par les études dentaires.

Il résulte en effet des chiffres de M. Godon que le docteur en médecine qui veut faire des études dentaires de deux années ne peut terminer ses études qu'à 29 ans.

Or, le chirurgien-dentiste qui, ses études dentaires complètement terminées, veut faire ses études médicales, peut terminer également à 29 ans. Mais, dans ce dernier cas, la valeur des études au point de vue final de la création d'un praticien se consacrant au traitement des dents, est tout à fait différente :

1° Ce dernier praticien a commencé ses études techniques à 16 ans, au lieu de 28 ans comme le premier, condition infiniment supérieure au point de vue du développement de l'habileté manuelle ;

2° Les études dentaires techniques du second ont une durée de 5 ans et se perfectionnent pendant la durée de ses études ultérieures, soit 8 ans.

Le premier, au contraire, ne consacre que 2 ans aux études dentaires techniques ;

3° Le second, comme le premier, fait des études médicales complètes ; mais, par suite de ses connaissances dentaires préliminaires, il tire de ses études médicales un résultat infiniment supérieur en vue du but qu'il poursuit de devenir un spécialiste de la bouche et des dents et se perfectionne encore au point de vue technique pendant toutes ses études médicales.

M. Godon, comme conclusion de sa communication et conformément au vœu qu'émettait M. Fréemann, propose à la section l'adoption du vœu suivant :

La 11e section émet le vœu que, dans tous les pays où les études dentaires techniques sont complètes, les études scientifiques et médicales suffisantes et les études terminées par un examen final, le diplôme les consacrant soit celui de docteur en Odontologie.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. le président remercie M. Godon de son travail et lui adresse ses félicitations.

Congrès de Dijon.

M. G. Robin nous prie de déclarer que c'est par erreur qu'il a été porté, dans la liste qui nous a été communiquée et que nous avons publiée, comme devant faire un rapport sur les ciments translucides. Il a décliné en temps utile l'offre qui lui en avait été faite en raison de la trop longue préparation qu'aurait nécessitée ce travail.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Londres, 1911.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR JESSEN
Président de la H. C. F. D. I.,
à la séance d'ouverture de la F. D. I.

Très distingués collègues,

L'hygiène est sans contredit aujourd'hui la science qui, comme ne le fait aucune autre, embrasse toute la vie humaine, intervient dans toutes les circonstances et cherche partout à réorganiser et à améliorer. Dès les temps les plus reculés l'hygiène a occupé l'esprit humain, a influé sur les conditions de vie de l'individu, de la famille et des peuples tout entiers, sur chaque âge et sur chaque race. Le genre de vie, la nourriture, le vêtement, l'habitation, le travail, la distraction, le repos et le sommeil sont réglés par l'hygiène.

L'Exposition internationale d'hygiène de Dresde en 1911 nous donne un tableau de l'origine, du développement et des progrès de cette science en toute matière. Il était par conséquent du devoir de l'organe de notre Société, *Les Archives internationales d'hygiène buccale publique*, de souligner dans un article l'importance de cette Exposition, puisque l'hygiène dans le Groupe de notre spécialité est dignement représentée à Dresde, car, après de longs et pénibles efforts pour la création et le développement de l'hygiène dentaire, on est parvenu, ainsi que nous l'a expliqué notre secrétaire général, M. Schäffer-Stückert, qui a un si grand mérite, à faire reconnaître aussi cette hygiène particulière par l'hygiène générale.

Deux grandes salles de la section scientifique sont consacrées au Groupe *maladies des dents.* Tout ce qui a trait à la conservation de la santé, aux maladies et à la guérison des dents et des mâchoires est disposé et groupé méthodiquement. Le visiteur peut apprendre à connaître les maladies des dents, leurs conséquences et les moyens dont dispose la dentisterie moderne pour les combattre. Les institutions d'hygiène dentaire, qui se sont répandues considérablement surtout en Allemagne, y occupent un grand espace. Images, plans, tableaux muraux, brochures, donnent une idée d'ensemble impressionnante, qui montre qu'en matière de dentisterie pratiquée scientifiquement dans l'intérêt de la santé publique il est fait beaucoup dans tous les pays.

La F. D. I. a créé en 1902 une Commission spéciale d'hygiène qui, sous ses premiers présidents, MM. Jenkins, Miller et Bryan, a posé les bases sur lesquelles nous édifions aujourd'hui.

Au 5e Congrès dentaire international, Berlin 1909, cette Commission a été étendue par vingt Comités nationaux et est devenue permanente. Il a été décidé de fonder, par l'intermédiaire des Comités nationaux, dans chaque pays, un Comité national d'hygiène dentaire et, dans les villes, des Comités locaux s'y rattachant. Dans ces comités toutes les professions doivent être représentées par des hommes s'intéressant aux efforts sociaux faits dans notre domaine. L'appui des gouvernements a paru nécessaire avant tout ; c'est pourquoi des ministres éminents se sont mis à la tête et sont entrés en rapports avec les autorités gouvernementales, municipales et académiques, avec des fonctionnaires administratifs, des professeurs, des médecins, des dentistes et des hommes de toutes classes qui veulent consacrer leurs efforts au service de cette cause ou peuvent mettre des fonds à sa disposition. C'est ainsi que le Danemark a ouvert la voie et que le roi de Danemark est à la tête de la Société danoise d'hygiène dentaire infantile, comme protecteur, après que le roi de Suède se fut chargé de lui-même du protectorat de la Commission internationale d'hygiène. La fondation de la Société nationale suédoise suivit immédiatement ; la Finlande, la Hollande et la Belgique imitèrent cet exemple. Cette année la France, l'Autriche et la Norvège en ont fait autant. Dans ce dernier pays le 1er juin 1911 la Société nationale norvégienne d'hygiène dentaire s'est fondée à l'Université de Christiania. L'appel en faveur de la fondation de cette Société portait 150 signatures de membres distingués de toutes les professions. L'initiative de ces Comités nationaux doit être recommandée à tous. En Angleterre la Société du dentiste scolaire opère sur ce terrain depuis plusieurs années avec les meilleurs résultats.

En Allemagne, indépendamment de la F. D. I., le Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire existait dès le début de 1909. C'est à son zèle et à son activité qu'est dû le développement qu'a pris dans ce pays, comme on ne le voit dans aucun autre, la création de cliniques dentaires scolaires municipales. 78 centres de soins dentaires scolaires fonctionnent actuellement en Allemagne, dont 38 cliniques dentaires scolaires municipales. Leur budget se monte pour 1911 à 301.450 marks, dont 249.510 d'indemnités pour 162 dentistes et 51.940 pour frais de fonctionnement. 1.099.935 enfants des écoles communales reçoivent actuellement des soins dentaires et 41 communes sont, en outre, sur le point d'assurer ces soins, de sorte que nous compterons après cela 119 centres de ce genre en Allemagne.

Ces chiffres donnent la meilleure preuve du développement constant de notre mouvement, dont je caractériserai, en terminant, l'importance pour la collectivité par ces mots de Walkoff : « Sans hygiène buccale et dentaire individuelle, l'hygiène de beaucoup d'organes intérieurs est par avance douteuse, sinon impossible, et sans l'intro-

duction de l'hygiène buccale et dentaire dans toute la population, beaucoup d'efforts en faveur de l'hygiène générale individuelle sont par avance insuffisants, en partie même inutiles. »

DISCOURS DE M. JESSEN, PRÉSIDENT, dans la séance de la H. C. F. D. I.

(*Londres*, 1911.)

Je vous souhaite cordialement la bienvenue, au nom du Bureau, dans la séance de la H. C. F. D. I., je vous remercie de votre présence et j'espère que, par notre travail commun, nous ferons avancer notre cause et que nous obtiendrons de nouveaux résultats.

Aux explications générales que je vous ai données hier j'ajoute aujourd'hui des indications spéciales et vous renvoie à cet égard au 3e fascicule des *Archives internationales*, que vous avez reçu il y a un mois environ. J'ai essayé de tenir compte des vœux émis à Paris et j'ai publié en trois langues les matières principales. Les résolutions prises à Paris ont, de même, été exécutées dans la mesure du possible. Nous avons rencontré en cela diverses difficultés, ainsi que vous avez pu le voir dans mon rapport contenu dans les *Archives*. Un de nos plus grands adversaires s'est, à mon grand étonnement, dressé dans notre propre sein, car M. Kirk, rédacteur en chef du *Dental Cosmos*, dans lequel les critiques se sont produites, est membre de la H. C. F. D. I. Il prétend, au milieu d'attaques directes, que la F. D. I. s'est donné le coup mortel par les décisions de Paris.

Dans la vie d'un Etat on a reconnu la nécessité d'unir l'esprit commercial au dévouement politique, à la collectivité. Nous avons besoin aussi de l'esprit commercial pour atteindre nos buts étendus. Nous ne devons pas nous lier les mains pour des considérations mesquines. Le temps des discussions théoriques est passé ; nous devons arriver à la réalisation pratique des exigences scientifiques formulées. Nous aussi nous plaçons avant tout l'honneur de notre profession et c'est pourquoi nous ne devons faire, cela va de soi, que ce qui est compatible avec notre honneur. Je crois pouvoir vous assurer que, malgré le coup mortel qui nous a été prédit, nous sommes encore bien vigoureux. Pour vous le prouver je n'ai qu'à vous montrer les résultats obtenus dans divers pays par la vive activité de nos Comités nationaux, résultats qu'on n'aurait pas crus possibles auparavant. Si, dans quelques pays, pour une raison ou pour une autre, on nous refuse la collaboration, cela doit précisément être pour nous un stimulant à déployer une activité d'autant plus grande afin que leurs Comités

nationaux soient convaincus du désintéressement de nos efforts et s'associent d'eux-mêmes à notre action. Mais il nout faut pour cela une organisation plus solide.

Dans le 3e fascicule des *Archives* vous avez vu le projet de statuts de la H. C. F. D. I. Ces statuts ont reçu, après une longue élaboration, une forme qui, je l'espère, ne peut pas soulever d'objections sérieuses, d'autant qu'ils ont été soumis aux membres du Bureau et à divers Comités nationaux. Leur adoption fait l'objet du numéro 5 de l'ordre du jour. Je recommande vivement ces statuts à votre approbation.

Nous avons aussi une obligation d'honneur à remplir. Le premier président de notre Commission, M. Jenkins, conseiller privé, a, comme vous le savez tous, fêté le 70e anniversaire de sa naissance au milieu d'un grand concours de confrères. Nous ne pouvions nous y associer que par des félicitations cordiales. Je vous propose donc aujourd'hui de conférer, en votre nom, à M. Jenkins, la présidence d'honneur de notre Commission.

A cette occasion je vous propose de nommer aussi chaque président de la F. D. I. président d'honneur de la H. C. F. D. I. et, si vous êtes de mon avis, de conférer la présidence d'honneur de notre Commission à M. Godon, comme fondateur de la F. D. I., et à M. Paterson, comme président actuel de la F. D. I.

Nous abordons maintenant la discussion des divers points de notre ordre du jour, discussion à laquelle je souhaite plein succès pour l'honneur de notre profession.

Tout d'abord j'ai une triste communication à vous faire. M. Viggo Wigh, de Copenhague, membre de notre Comité national danois, est décédé subitement le 10 juin 1911 ; il avait été au 5e Congrès dentaire international, au Reichstag de Berlin, un des fondateurs de notre Commission permanente. Nous conserverons toujours de lui un souvenir ému. Je vous prie, pour honorer sa mémoire, de vouloir bien vous lever.

Dans le Comité national hollandais nous avons perdu MM. Witthaus et Stark, de Rotterdam, qui ont quitté leur pays. La Hollande exprime le désir qu'ils soient remplacés par MM. Frank, de Rotterdam, et le Dr C. van der Hœven, de La Haye. Sur la demande des divers pays je vous propose également d'admettre comme membres des divers Comités nationaux : pour le Danemark, MM. . . . . ; pour la Norvège, M. Aasgaard, de Bergen ; pour l'Autriche, le secrétaire de la Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire, M. le Dr Gabriel Wolf, de Vienne. Si vous n'avez pas d'objection contre ces nominations, je vous demande de les prononcer dès à présent, afin que les intéressés puissent prendre part à nos travaux avec voix délibérative, s'ils sont présents.

En outre, le Bureau de la Commission d'hygiène vous propose de choisir comme trésorier M. Rockfeller jeune, de New-York, qui par sa création pour le bien public dans tous les pays serait la personnalité la mieux indiquée pour nos efforts. Au cas qui n'est pas improbable où M. Rockfeller refuserait, il faudrait nommer un autre trésorier, et, à cet effet, je vous propose dès aujourd'hui, afin que ce poste important soit promptement occupé, M. le conseiller privé Lingner, président de l'Exposition internationale de Dresde, dont les titres en matière d'hygiène dentaire sont connus de tous. Si M. Rockfeller répondait à nos désirs et acceptait le poste de trésorier, il serait désirable, en présence de l'extension de notre organisation, d'élire un trésorier-adjoint, que nous trouverions alors dans la personne de M. Lingner. Si M. Rockfeller n'accepte pas, l'élection du trésorier-adjoint aurait lieu dans la prochaine session.

Enfin je vous propose comme membre d'honneur de notre Commission M. le conseiller aulique Schwörer, de Badenweiler, qui, depuis des années, a intéressé le Grand-Duc de Bade à l'hygiène dentaire, de sorte que le Grand-Duché de Bade compte relativement le plus grand nombre de cliniques dentaires scolaires. Si vous aviez, de votre côté, d'autres personnes méritantes à proposer comme membres d'honneur, je vous prie de le faire à la fin de mon rapport.

A l'égard du n° 4 de notre ordre du jour je ferai cette remarque qu'il appartient aux Comités nationaux de faire entrer en aussi grand nombre qu'il est possible dans la Commission d'hygiène les dentistes, médecins et autres personnes qui s'intéressent à l'hygiène dentaire comme membres individuels, ainsi que les autorités gouvernementales, municipales et académiques, les caisses de secours en cas de maladies, etc., comme membres corporatifs. La cotisation annuelle des membres individuels serait de 12 fr. 50, celle des membres corporatifs de 25 francs ; pour cette somme ils auraient le droit d'assister aux séances de la Commission et de recevoir gratuitement nos publications.

A l'égard des n°s 7 à 10 de notre ordre du jour, je dirai que, lors du 3e Congrès international d'hygiène scolaire de Paris (août 1910), nous avons tenu une séance préparatoire et nous y avons discuté les contrats avec l'éditeur des *Archives* et des tableaux muraux et le fabricant de brosses à dents, conformément aux décisions prises préalablement dans la session de la F. D. I à Paris (Pâques 1910). Ces contrats ont été publiés dans le fascicule 2 des *Archives*, p. 67 et 68.

Après les attaques récentes que j'ai rappelées il convient de poser clairement la question de principe et de tracer nettement ici les voies que nous devons suivre définitivement. Si la F. D. I. n'approuvait pas l'exécution de nos décisions, je vous prierais, dans l'intérêt d'un travail commun profitable, de faire d'autres propositions et d'indiquer comment les ressources nécessaires doivent être créées.

Un organe nous est absolument nécessaire pour la conservation de notre organisation ; il n'y a pas de doute à cet égard. Il faut faire face aux dépenses de cette publication, couvrir les déboursés des membres du Bureau et les frais de voyage nécessaires dans l'intérêt de la Commission.

Je suis tout disposé à abandonner la rédaction des *Archives* et à la laisser à d'autres ; on pourra aussi changer d'éditeur quand les frais seront couverts ; on peut aussi, quand on voudra, résilier le contrat touchant les tableaux muraux, tandis que les traités avec les fabricants de brosses à dents en Allemagne et en Russie devraient rester en vigueur pendant 20 ans. Nous ne sommes pas d'ailleurs les seuls à préconiser les brosses à dents : je vous citerai la Société du dentiste scolaire qui, depuis 1908, recommande aussi une brosse à dents scolaire et en a confié la fabrication à une fabrique déterminée. Le même système est suivi par le Comité local berlinois du Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire, par divers dentistes, tels que MM. Röse, Witzel et autres. La fabrication de matières obturatrices portant le nom de confrères qui vous sont bien connus est absolument la même chose.

Je vous ai clairement exposé mon opinion dans le fascicule 3 des *Archives* et je suis d'avis que nos traités avec les fabricants doivent être maintenus à juste titre, puisque la F. D. I. les a admis en principe à Paris, à Pâques 1910. Pour l'exécution de ces traités notre règle de conduite doit être et demeurer : logique invariable, mais sage limitation.

Je prie les membres qui désirent prendre part à une discussion générale de me donner leurs noms. Mais écoutons auparavant les rapports du secrétaire et des divers Comités nationaux. Comme notre secrétaire M. Lenhardtson n'est pas présent, je vous demande si le rapport qu'il a envoyé doit être lu ici ou imprimé, puis envoyé à chacun de vous.

Je prie maintenant les représentants des Comités nationaux de demander la parole pour lire leurs rapports.

Au moment où va s'ouvrir la session de Londres de la F. D. I. nous croyons intéressant de reproduire un article de M. Kirk auquel fait allusion M. Jessen dans un des discours précédents. L'auteur y expose sa conception des moyens que doit employer la Commission d'hygiène de la F.D.I. pour remplir le but qu'elle s'est tracé. Cet article a paru dans le Dental Cosmos *de mars* 1911.

Dans plusieurs circonstances nous avons protesté contre les diverses tentatives faites pour commercialiser le mouvement d'hygiène

dentaire publique. Jusqu'à présent les cas qui ont provoqué nos critiques se sont produits principalement en dehors de la profession dentaire, c'est-à-dire qu'ils provenaient de sources purement commerciales qui cherchaient à accaparer le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire et à tirer parti de l'enthousiasme que ce mouvement a provoqué pour servir des fins commerciales. Il est vrai qu'il a été fourni, pour justifier ces tentatives, cet argument spécieux que l'accouplement de l'intérêt commercial et de l'intérêt professionnel serait d'un profit réciproque. L'action en faveur de l'hygiène exige de l'argent pour être encouragée et conduite, et les intérêts commerciaux en ont besoin pour les mêmes raisons et beaucoup d'autres ; par conséquent on a formé le projet de réunir ces deux activités, nées d'un besoin financier commun, et de partager les bénéfices. Le projet est plausible en apparence, mais au fond nous le regardons comme aussi contraire à la morale professionnelle, qu'il l'est pour une organisation religieuse d'entreprendre une croisade contre le jeu, et en même temps de subventionner certaines de ses œuvres d'un caractère religieux à l'aide des ressources tirées de la loterie, et autres jeux organisés dans les foires tenues dans les églises.

La tendance la plus récente de la commercialisation qui nous occupe dans cet article ne s'est pas manifestée dans des milieux extérieurs, mais dans la profession. Des négociations semblent être en bonne voie entre la Commission d'hygiène de la F. D. I. et une maison de commerce pour la fabrication, la distribution et la vente d'une brosse à dents et de dentifrices, à condition que la Commission concède à cette maison son agence pour vingt ans ; qu'une marque déposée (modèle breveté) pour les Etats-Unis soit obtenue par la Commission pour sa brosse à dents ; que la Commission fournisse pour la réclame des recommandations de personnalités faisant autorité aux Etats-Unis ; que ces personnalités soient intéressées dans la question par la Commission ; enfin que celle-ci accorde à la maison des droits de priorité sur tous produits imaginés à l'avenir pour la conservation de la bouche sous le protectorat de la Commission. Le territoire sur lequel porterait la convention comprendrait les Etats-Unis, Porto-Rico, Cuba et éventuellement le Canada. En revanche, la Commission d'hygiène de la F. D. I. recevrait 10 o/o sur le prix de vente des brosses vendues sous son protectorat.

Ce projet comporte, comme on voit, l'obtention d'une marque déposée au bureau des brevets pour couvrir et protéger les brosses à dents et dentifrices qui doivent être vendus sous le protectorat de la Commission. En résumé il s'agit d'un contrat commercial conclu par cette Commission pour une entreprise aux profits de laquelle elle participerait et qui lui assurerait des fonds pour poursuivre son œuvre.

La faute morale principale dans ces trois cas, y compris celui

du jeu de la part d'une église, est l'idée erronée que la fin justifie les moyens, idée qui est cause de délits innombrables, pour ne pas dire de crimes. Le voleur qui se défend en disant : « J avais faim, c'est pourquoi j'ai volé » peut provoquer la sympathie et même la charité et l'effet pratique de cette sympathie et de cette charité peut être la cause d'un adoucissement de sa condamnation, mais il ne détruit pas et ne peut détruire le fait qu'il est un voleur. Et par un raisonnement analogue le fait que le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire, comme toute chose en ce monde, a besoin de ressources pécuniaires ne justifie nullement le moyen peu moral de se procurer ces ressources.

Nous ne pensons pas un instant que la F. D. I. approuve officiellement la proposition faite par la Commission d'hygiène pour se procurer les fonds nécessaires à son œuvre étendue et importante, ni qu'elle approuve toute tentative de cette Commission de donner à la Fédération un caractère commercial de la nature que nous signalons.

Nous avons fait remarquer antérieurement, et nous insistons à nouveau sur ce point, que le seul moyen de donner de la stabilité et de la durée au mouvement en faveur de l'hygiène dentaire publique n'est pas d'essayer de le faire subvenir à ses besoins en l'alliant avec des entreprises commerciales, mais d'inculquer aux législateurs cette idée que le soin des dents est essentiellement un service public de santé et que c'est la fonction et le rôle de l'Etat d'assurer des moyens appropriés de protéger le public contre les inconvénients des maladies de la bouche et des dents dans la même mesure qu'il est de son devoir de protéger les citoyens contre les causes de contamination dans les autres parties de leur organisme. Le devoir de la profession dentaire est donc de mener sa campagne en faveur de l'hygiène dentaire publique en ayant en vue ce but ultime, en lui donnant un caractère de campagne d'éducation dans deux sens : 1° en ce qui concerne les fonctionnaires du service de santé et les autorités académiques ; 2° en ce qui concerne le public en amenant les premiers à reconnaître la nécessité de ces soins dentaires et le second à réclamer ces soins. L'entreprise échouera inévitablement si l'on s'écarte de cette double voie. Toute tentative pour commercialiser le mouvement du dedans ou du dehors aura non seulement pour effet d'étouffer le mouvement, mais encore, si comme dans le cas présent, la tendance commerciale vient du dedans, de l'étouffer par un moyen qui ressemble à l'assassinat.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

COUR D'APPEL D'ALGER (4e chambre).

Présidence de M. Robe.

Exercice illégal de l'art dentaire.

M. X..., ayant pris, à Constantine, la suite d'un dentiste, une violente polémique de presse s'engagea bientôt, car le nouveau venu ne pouvait justifier du diplôme prévu par la loi. Le parquet, saisi, ouvrit une information; mais M. X... établit qu'en 1892 il était dentiste à Paris et il montra une patente de cette époque. Le juge d'instruction rendit donc une ordonnance de non-lieu. Mais les dentistes constantinois ne désarmèrent pas; une nouvelle plainte fut déposée et M. X..., dentiste, se porta partie civile. Cette fois, M. X... fut déféré au tribunal correctionnel de Constantine, qui estima qu'une interruption dans l'exercice de sa profession avait pour conséquence la perte du bénéfice de la loi, et, pour exercice illégal de l'art dentaire, il condamna M. X... à 25 francs d'amende, avec application de la loi de sursis.

M. X... interjeta appel.

La Cour a rendu un arrêt stipulant que M. X..., dentiste patenté avant l'application de la loi de 1896, devait continuer à bénéficier du fait acquis. Elle a infirmé le jugement du tribunal de Constantine et a acquitté le prévenu.

(*Dépêche algérienne,* Alger, 24 juin 1911.)

L'avarie accident du travail ?

L'avarie contractée, dans l'exercice de sa profession, par un mécanicien-dentiste, constitue-t-elle un accident du travail ?

Telle est la curieuse question que la septième chambre supplémentaire du Tribunal de la Seine, présidée par M. Schlumberger, avait à résoudre dans les conditions suivantes.

Le 4 août 1910, un mécanicien-dentiste, M. X..., recevait, au cabinet de M. Y..., chirurgien-dentiste, un client auquel il posa un appareil dentaire. L'opération nécessita quelques retouches. Au cours de son travail, M. X... se blessa au petit doigt.

Le client était avarié, et le mécanicien-dentiste contracta ainsi l'avarie.

M. X..., arguant que son infirmité était permanente et qu'il avait éprouvé une réduction de capacité professionnelle de 80 o/o, réclama à son patron une rente annuelle de 2.912 francs.

Voici un passage de son assignation :

« Attendu que le demandeur, marié et père de deux enfants, voit son foyer bouleversé par le fait de cet accident, sa famille menacée du terrible mal ; qu'il est lui-même sous le coup de menaces continuelles ; que toutes ces considérations sont de nature à abattre le moral de tout homme, même jeune et résistant, au point d'avoir une répercussion sur son état physique et de laisser sa constitution frappée d'une incurable faiblesse. »

A l'audience, Me Plaignant s'est présenté pour le demandeur et Me Lebée pour la compagnie à laquelle est assuré M. Y...

Le tribunal a rendu un jugement dont cet attendu est à détacher :

« Attendu que la profession de dentiste étant une profession libérale, Y... n'ayant exercé en même temps aucune profession pouvant revêtir un caractère industriel ou commercial, ne saurait être assujetti à la loi du 9 avril 1898... »

L'accident, objet de la demande, n'étant pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, M. X... a été débouté de sa demande et condamné aux frais du procès.

D'une façon générale, dans les professions libérales, l'avarie ne peut jamais constituer un accident du travail...

(*Le Matin*, 6 juillet 1911.)

JUSTICES DE PAIX

TRIBUNAL DE PARIS (1er arr.).

Présidence de M. BOGELOT, suppléant.

Audience du 5 juillet 1911.

LOUAGE D'OUVRAGE. — FOURNITURES. — APPAREILS DENTAIRES. — MAUVAISE EXÉCUTION. — PRIX MINIME. — RÉSILIATION DE CONTRAT.

Le client est fondé à refuser de conserver des appareils défectueux ; il est également fondé à refuser de laisser recommencer un travail qui exige la reprise des empreintes et des essayages toujours douloureux. Le dentiste ne saurait se prévaloir de ce qu'il a demandé un prix minime, alors que l'appareil fourni est complètement inutilisable, et, dès lors, toujours trop cher quel que soit son prix, dès lors que l'objet livré ne peut servir.

Mlle X... contre N...

Le Tribunal, — Attendu que Mlle X. a chargé N. d'exécuter pour elle un dentier supérieur de 14 dents, et un dentier inférieur de 8 dents ; que ce travail a été exécuté, et que Mlle X. en a pris livraison et payé le prix de 130 francs, mais que les appareils adhérant mal

dans sa bouche se détachaient, et qu'elle demande aujourd'hui la résiliation de ce marché, et restitution des sommes par elles payées ;

Attendu que les parties étant en complet désaccord sur la bonne exécution de ces appareils, un premier jugement de ce siège a commis le Dr Y., médecin-spécialiste des maladies de la bouche, à l'effet d'entendre les parties, vérifier les objets litigieux, entendre tous dires des parties, les concilier, si faire se pouvait, et en cas de non-conciliation, déposer un rapport ;

Attendu que cet éminent praticien a procédé à la mission qui lui avait été confiée de la façon la plus méticuleuse, et que, n'ayant pu concilier les parties, il a déposé son rapport ;

Attendu que l'expert conclut tout d'abord que la conformation de la bouche de Mlle X. est normale, et ne présente aucune difficulté pouvant rendre difficile ou même délicate l'exécution du travail confié à N. ; que cependant il a constaté que les deux dentiers ont été mal exécutés, sur des empreintes mal prises, qu'ils sont constitués de dents mal appropriées comme forme et comme couleur, mal assorties entre elles, qu'il existe en outre un défaut complet d'adaptation, et un vice certain dans l'articulation des deux pièces ; que l'expert déclare toutefois que N. a offert de recommencer entièrement les deux appareils sans nouvelle rémunération ;

Attendu qu'aujourd'hui, N., sans méconnaître les graves malfaçons relevées par l'expert, fait plaider qu'elles pourraient trouver leur explication dans le fait qu'une bouche est en état de perpétuelle évolution, surtout à la suite d'extractions nécessitées pour la pose des appareils ; qu'en tous cas, il avait toujours offert, depuis que les malfaçons avaient été mises en lumière par l'expert, de recommencer entièrement son travail sans nouveau paiement ; qu'il conviendrait enfin de considérer le prix de 130 francs, qui n'autorise pas la demanderesse à réclamer un appareil pouvant être comparé aux appareils vendus à des prix plus élevés.

Mais attendu qu'en présence de la compétence et du talent indiscutable de l'expert commis et des précisions de son rapport, la première de ces critiques doit être repoussée ; qu'en effet ledit expert s'explique formellement à cet égard, en indiquant que la bouche de la patiente était normale, et que l'attention de cet homme de l'art ayant été attirée sur la date de l'extraction dernière et les évolutions possibles de la bouche il a repoussé ce moyen de défense ;

Attendu, d'autre part, qu'on ne saurait faire grief à Mlle X. de se refuser à une nouvelle expérience, l'expert ayant constaté la faute professionnelle dans la prise de l'empreinte, et Mlle X. étant parfaitement fondée, en présence du premier résultat, à ne pas se prêter à une seconde opération de prise d'empreinte, toujours douloureuse ou au moins très désagréable ; que la troisième critique de N. est

encore plus inadmissible ; qu'on ne saurait, en effet, tolérer qu'une maison puisse, par la modicité des prix, attirer à elle une clientèle qui se serait adressée à un dentiste plus compétent, quoique plus cher, et qu'évidemment le client n'a pu supposer que la modicité du prix aurait pour contre partie un appareil totalement inutilisable, et, dès lors, beaucoup trop cher, son prix, eût-il été encore moindre que celui demandé ; que Mlle X. fait très judicieusement observer que si elle eût été avisée que, pour le prix demandé, il ne lui serait remis qu'un appareil pour elle inutilisable et sans aucune valeur, elle eût renoncé à se faire faire les deux dentiers, ou se fût adressée à une autre maison ; qu'il échet en conséquence de prononcer aux torts et griefs de N. la résiliation de tous contrats ayant pu exister entre lui et Mlle X., et de condamner à restituer la somme de 130 francs, devenant sans motifs entre ses mains, avec intérêts de droit du jour de la demande ; que toutefois Mlle X. ne justifie d'aucun préjudice autre que celui qui va être ci-après réparé par l'allocation des dépens ;

Par ces motifs, entérinant en tant que de besoin le rapport de l'expert, déclare résiliés aux torts et griefs de N. tous contrats ayant pu exister entre lui et Mlle X. ; condamne N. à rembourser à Mlle X. la somme de 130 francs, avec intérêts de droit du jour de la demande ; déboute Mlle X. de toutes plus amples demandes ; condamne N. en tous les dépens, qui comprendront tous droits d'enregistrement et les honoraires de l'expert.

(*La loi*, 7 juillet 1911.)

NÉCROLOGIE

M. Détroyat.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Détroyat qui fut pendant plusieurs années mécanicien chef du laboratoire de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris et qui n'avait laissé que de bons souvenirs à tous ceux qui l'ont connu.

Nous adressons nos condoléances à sa veuve et à sa famille.

NOUVELLES

Académie de médecine.

On vient d'inaugurer dans la galerie de l'Académie de médecine le buste du professeur Brissaud ; cette œuvre est due au ciseau de notre confrère le Dr Paulin. Tous ceux qui s'intéressent à l'art savent que M. Paulin est un sculpteur de talent et qu'il expose tous les ans depuis de nombreuses années des œuvres d'un réel mérite — entre autres le buste du grand peintre Degas — acheté par l'Etat et placé l'année dernière au Musée du Luxembourg. G. V.

Don au Musée de l'E. D. P.

Notre confrère M. Trallero, de Barcelone, membre de l'A. G. S. D. F., vient de faire don au musée de l'E. D. P. d'un forceps trouvé dans les ruines de Numance.

Souhaitons, en remerciant le donateur, que son exemple soit suivi par d'autres.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Louis Knodler, D. E. D. P., membre l'A. G. S. D. F., avec Mlle Louise Rambert. La cérémonie a eu lieu le 20 juillet.

Nous adressons toutes nos félicitations aux jeunes époux.

Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

L'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique s'est réunie le 18 juillet, à 8 h. 1/2 du soir, à l'École dentaire de Paris.

Après admission de nouveaux membres, elle a décidé de reporter à l'assemblée générale ordinaire d'octobre les questions figurant à l'ordre du jour de la convocation et de s'abstenir de toute intervention dans les différends d'ordre professionnel.

Le triomphe de la brosse à dents.

Le millionnaire Hall, qui vient de mourir à Philadelphie, a légué par testament 2 millions de brosses à dents aux enfants pauvres des écoles américaines. Dans son testament, le défunt déclare qu'il doit d'avoir vécu si longtemps à l'usage régulier de la brosse à dents, qui a empêché toute carie de se produire.

Cliniques dentaires scolaires.

Les cliniques dentaires scolaires de Berlin seront ouvertes dorénavant non seulement aux enfants des écoles primaires, mais encore aux élèves pauvres des écoles supérieures.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire a été créée à Hambourg. La municipalité contribue aux frais par une subvention de 625 francs.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire est créée à Frauenfeld (Suisse). Elle est gratuite pour les enfants pauvres. Les enfants aisés payeront d'après un tarif de 50 0/0 inférieur à celui des dentistes de la ville.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire va être créée à Potsdam. Les parents doivent s'engager 1 fr. 25 par an pour son fonctionnement.

Du stage en pharmacie.

M. le professeur Domergue invite les pharmaciens autorisés à recevoir des stagiaires à faire faire à ces élèves un apprentissage sérieux. Ayant appris qu'un pharmacien avait quatre stagiaires, il s'est rendu chez lui et a demandé à voir les stagiaires. Il a appris qu'il s'agissait de certificats de complaisance, aucun des élèves ne travaillant régulièrement chez le pharmacien. Aussi, a-t-il signalé le fait au directeur de l'Ecole de Marseille, qui a supprimé l'autorisation donnée au pharmacien et a annulé le stage fictif des élèves.

(*L'Union pharmaceutique*, 15 juillet 1911.)

31e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE EN ART DENTAIRE ET NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par CH. JEAY,
Professeur de Clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

(Suite.)

ANESTHÉSIE DU MASSIF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

C'est cette disposition très spéciale des nerfs du massif maxillaire supérieur qui depuis deux ans à peine a fixé l'attention des opérateurs et des anesthésistes. En effet, cette fosse d'apparence profonde est accessible par la fente ptérygo-maxillaire qui s'ouvre elle-même au fond de la fosse zygomatique beaucoup plus large et à laquelle rien n'empêche de parvenir. De plus, et c'est là un fait extrêmement important à retenir puisqu'il a joué dans notre technique un grand rôle, tout le fond de la fosse zygomatique, toute la fente et toute la fosse ptérygo-maxillaire sont occupés par un tissu cellulo-graisseux extrêmement lâche, presque insensible, au travers duquel circulent nerfs, artères et veines. Ce tissu que l'on rencontre dans d'autres parties de notre corps, notamment au fond de certaines cavités articulaires et de certaines parties du bassin entre les aponévroses prévésicales et dans la loge périrénale, ce tissu se présente sous l'aspect d'une graisse semi-fluide. Fort peu

vasculaire par lui-même, malgré les vaisseaux qui le traversent, ce tissu est évidemment d'un pouvoir d'absorption très modeste, mais très aréolaire, très lâche, il se laisse très facilement injecter et, si le liquide y est introduit dans certaines conditions physiologiques et *en une quantité suffisante*, il s'y répand très facilement dans toute sa masse.

C'est cette dernière propriété toute particulière que j'ai cherché à utiliser.

Mon expérience clinique m'a appris depuis longtemps que de toutes les solutions anesthésiques employées celles qui s'assimilent le plus facilement et sans conséquence étaient les solutions faites avec le sérum isotonique et surtout *un peu au-dessus de la température physiologique.*

Deux facteurs importants sont connus : d'une part la grande perméabilité du tissu à injecter, d'autre part l'assimilation complète du liquide injecté, c'est-à-dire sérum isotonique au moins à température physiologique ; reste donc à connaître deux autres points du problème, la meilleure voie d'accès et le meilleur anesthésique.

Voies d'accès.

Si l'on examine attentivement un crâne trois voies se présentent à nous : 2 externes, 1 buccale.

Deux médecins, les Dr Lévy et Beaudouin, qui se sont occupés du traitement des névralgies par les injections d'alcool, ont préconisé la voie externe suivante (fig. 1) :

Ils tirent une verticale le long du bord postérieur de l'apophyse orbitaire de l'os malaire et, à son intersection avec le bord inférieur du zygoma, ils enfoncent profondément leur aiguille. Dirigée légèrement en haut de façon à atteindre le plan horizontal qui affleure le bord inférieur des os propres du nez, l'aiguille enfoncée de toute sa longueur, c'est-à-dire à 5 centimètres, doit toucher le nerf maxillaire. Si, en cours de route, elle butte à 2 centimètres de profondeur sur un plan osseux, c'est l'apophyse coronoïde anormalement développée : on doit alors incliner légèrement en avant. Si, plus profondément, à 4 centimètres environ, elle butte

à nouveau, c'est que l'on rencontre soit l'apophyse ptérygoïde en arrière, soit la tubérosité du maxillaire en avant ; à l'opérateur de trouver par tâtonnements juste le milieu de ces deux obstacles, c'est-à-dire la fente ptérygo-maxillaire, et immédiatement l'aiguille s'enfoncera de toute sa longueur.

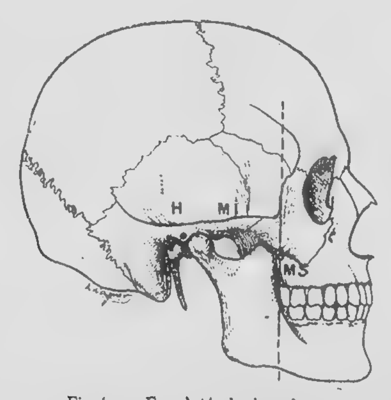


Fig. 1. — Face latérale du crâne.
H, Heurtoir ; MI, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou ovale ; MS, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou grand rond.

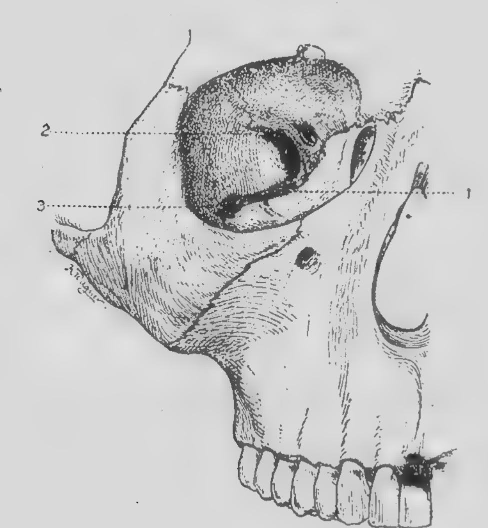
J'estime que ce procédé n'a pour lui que la très facile asepsie du point où l'on commence la piqûre. En effet, si la définition du plan horizontal qui affleure le bord inférieur des os propres du nez est facile sur le squelette, il devient bien difficile sur le vivant, à cause des téguments de la face, de le voir bien exactement.

De plus les fentes ptérygo-maxillaires ont des formes assez capricieuses ; larges quelquefois, elles se présentent assez souvent fort étroites et, comme c'est déjà à 4 cent. de profondeur que l'aiguille doit la rencontrer, vous admettrez que la moindre erreur de direction donnée à l'aiguille dès le début doit avoir pour conséquence un écart beaucoup plus grand à cette distance. Il faut donc une assez grande rectification pour rattraper l'erreur, rectification qui doit être d'autant moins commode que l'aiguille a pénétré trois plans musculaires assez épais et se prêtant mal à son cheminement latéral.

J'ai posé comme principe la piqûre à blanc de manière à

savoir si la pointe de l'aiguille n'est pas sur un nerf; or, dans le trajet qu'on lui impose par cette méthode, ce n'est justement que la profondeur seulement de la fosse zygomatique qui n'est plus occupée par des tissus sensibles; le maniement de l'aiguille dans la presque totalité de son trajet sera d'autant plus douloureux que vous aurez à pratiquer toute une série de manœuvres pour rectifier sa direction et, si vous ne tombez pas juste du premier conp, il y a bien des chances pour que vous soyez obligé de la retirer presque complètement, afin de pouvoir recommencer dans une direction que vous espérerez meilleure sans point de repère bien exact.

Malgré toutes ces apparences de précisions je me permets donc de dire que cette voie me paraît au contraire d'une direction très imprécise et pourtant c'est celle que le Dr Munch vous a proposée ici même pour pratiquer l'anesthésie du maxillaire supérieur (séance du 1er mars 1910).



1. Trou grand rond.
2. Fente sphénoïdale.
3. Fente sphéno-maxillaire.

Fig. 2. — Région orbitaire

La deuxième voie (fig. 2) est celle préconisée par le Dr Chevrier. Il propose d'emprunter la fente *sphéno-maxillaire* pour aborder le nerf maxillaire supérieur. « En effet, dit-il, lorsqu'on examine un crâne de face, on voit que la fente

sphéno-maxillaire laisse apercevoir tout le fond de la fosse ptérygo-maxillaire et le trou Grand Rond. Chez le vivant cette fente est tapissée par une membrane épaisse qui sépare la cavité orbitaire de la fosse ptérygo-maxillaire.

Le D[r] Chevrier propose donc d'introduire l'aiguille en dedans du rebord inféro-externe de la cavité orbitaire ; l'aiguille dirigée toujours d'avant en arrière devra suivre exactement de la pointe le plancher osseux de l'orbite. Comme celui-ci est descendant près du pourtour antérieur, elle sera d'abord obliquée en bas et en arrière ; à mesure qu'elle s'enfoncera au contact du plan osseux elle deviendra plus horizontale. A un moment donné elle sera entrée d'une longueur inutile à déterminer, car elle n'a aucune importance, *le sol osseux semblera lui manquer*, et le doigt qui la pousse sentira qu'elle pénètre en tissus mous ; là elle vient de traverser la membrane sphéno-maxillaire, il suffit de pousser le liquide, il ira fatalement entourer le nerf qui, à ce niveau, se présente à nu tout entier avec toutes ses branches collatérales.

Je ne nie pas que le procédé du D[r] Chevrier ne paraisse fort élégant ; mais d'abord, pour qu'il soit pratique, il faut tomber sur une fente sphéno-maxillaire fort courte, et c'est loin d'être toujours le cas, sans quoi vous risquez, non pas, comme il le dit, d'injecter dans le fond de la fosse ptérygo-maxillaire, mais bien dans le fond de la fosse zygomatique. Examinez quelques crânes et vous verrez la véracité de mon dire ; les fentes sphéno-maxillaires qui s'ouvrent à 1 cent. ou 2 du rebord antérieur de l'orbite laisseront bien plutôt voir le fond de la fosse zygomatique que celui de la fosse ptérygo-maxillaire, beaucoup plus haute et plus en arrière, pour peu surtout que la fosse zygomatique soit développée.

Reconnaissant lui-même le défaut de sa technique, le D[r] Chevrier en arrive à dire que, si l'on veut injecter plus sûrement au fond de la fosse ptérygo-maxillaire, il faut employer des aiguilles courbes. « Quand, après avoir suivi le plancher osseux, on sentira la pointe pénétrer en tissus

mous, on orientera la concavité de l'aiguille de façon à faire progresser la pointe en dedans et en arrière ; on enfoncera l'aiguille *d'un centimètre et demi* environ et on sera certain d'injecter le liquide choisi aussi près que possible du trou Grand Rond. »

J'estime pour mon compte qu'il est déjà fort délicat de diriger exactement une aiguille droite et à plus forte raison une aiguille courbe, aiguille courbe avec laquelle on risquera fortement, après être passé une première fois en *dessous de la membrane sphéno-maxillaire,* de la retraverser à son insu et d'injecter en réalité dans la cavité orbitaire.

Si le procédé de Leroy et Beaudoin nous a paru manquer de véritable précision comme *points de repère,* celui du Dr Chevrier, quoique très séduisant de prime abord, me paraît côtoyer des organes trop importants pour se risquer à une manœuvre aussi délicate et aussi approximative que celle qu'il préconise en dernier ressort pour atteindre plus sûrement le fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Reste donc la troisième voie d'accès, celle dite Buccale (fig. 3).

Lorsque vous examinez un crâne, un point précis et constant vous frappe : la grande aile du sphénoïde, ou apophyse ptérygoïde, vient toujours se souder à la partie postéro-externe de la tubérosité du maxillaire pour fermer en bas la fente ptérygo-maxillaire. Sur tous les crânes vous serez frappés de constater que cette apophyse ptérygoïde forme contre la tubérosité du maxillaire une véritable gouttière presque verticale conduisant toujours et directement dans le fond de la fosse ptérygo-maxillaire exactement par le grand axe de la fente ptérygo-maxillaire.

Or, pour nous, dentistes, praticiens entraînés à manier constamment l'aiguille à injection dans tous les recoins de la bouche, il nous sera facile de délimiter soit avec le doigt, soit avec un instrument, le point de jonction de cette apophyse à la tubérosité maxillaire et, en *passant un peu en arrière et au-dessus de l'angle postéro-externe de la dent de sagesse,* il nous sera toujours possible de nous

servir de cette gouttière naturelle. C'est en effet cette voie buccale que le Dr Oswald avait préconisée pour son traitement des névralgies des nerfs maxillaires par des injections d'alcool dans sa communication à l'Académie de médecine du 30 mars 1905.

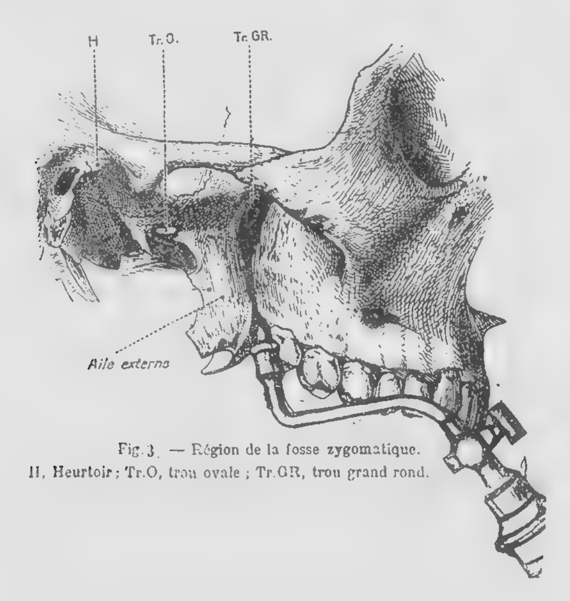


Fig. 3. — Région de la fosse zygomatique.
H, Heurtoir ; Tr.O, trou ovale ; Tr.GR, trou grand rond.

C'est aussi celle que je vous préconise ce soir pour les raisons suivantes :

1° Elle est la plus directe et la moins douloureuse pour atteindre le but ;

2° Dirigée par deux plans osseux qui se rencontrent à angle obtus, l'aiguille n'a qu'à suivre le fond de cette gouttière naturelle pour atteindre fatalement, sûrement, toutes les branches efférentes intéressant l'appareil dentaire (nerfs dentaires postérieurs, nerfs palatins postérieurs) et le tronc lui-même du nerf maxillaire supérieur avant son entrée dans le canal sous-orbitaire ;

3° La muqueuse buccale franchie, et elle est fort mince et bien moins sensible que la peau, nous tombons immédiatement dans le tissu cellulo-graisseux qui tapisse tout le fond de la fosse zygomatique, pénètre dans la fente ptérygo-maxillaire et tapisse aussi entièrement toute la fosse ptérygo-maxillaire.

Or, ce tissu fort lâche est presque insensible par lui-même et permet à l'aiguille d'évoluer avec la plus grande facilité ;

4° Cette voie, commençant par le fond de la fosse zygomatique, nous met complètement à l'abri de la rencontre d'un nerf ou d'un vaisseau parcourant cette fosse. Il n'y a qu'à son passage par la fente ptérygo-maxillaire que l'aiguille peut soit blesser les nerfs dentaires postérieurs ou les palatins si vous avez obliqué trop en dedans, et, averti par la sensibilité, vous pouvez très facilement déplacer votre aiguille ; soit rencontrer l'artère maxillaire interne qui traverse également cette fente, si par malheur elle n'est pas profondément accolée à la tubérosité du maxillaire comme elle l'est dans l'immense majorité des cas. Bien que je considère la rencontre de cette artère comme bien problématique, j'ai eu soin de poser comme règle absolue de technique de pratiquer toujours une ponction exploratrice pour éviter toute injonction dans un vaisseau et c'est bien là, j'espère, une réponse à toute objection à ce propos ;

5° Je préconise encore cette voie d'accès parce que nous avons des points de repère presque formels pour nous donner la hauteur à laquelle nous allons rencontrer le nerf maxillaire. En effet, après des mensurations sur un grand nombre de crânes, nous avons trouvé que la distance s'étendant entre l'angle postéro-externe du rebord alvéolaire de la dent de sagesse et l'entrée du canal sous-orbitaire dans la fosse ptérygo-maxillaire était toujours les 3/5 du diamètre pris entre ce premier point et la symphyse alvéolaire des deux maxillaires. En un mot si, de l'angle postéro-externe du bord alvéolaire de la 3e gr. au bord alvéolaire médian de la grande incisive, nous mesurons 50 millimètres, nous pouvons dire, à 1 ou 2 millimètres près, que le nerf maxillaire supérieur, à son entrée dans le canal sous-orbitaire, est à $\frac{50 \times 3}{5} = 30$ millimètres de l'angle postéro-externe du bord alvéolaire de la dent de sagesse. De là nous saurons d'avance de quelle longueur extrême devra être notre aiguille pour ne pas aller au delà du point à atteindre.

Je vous ai donné les raisons qui m'ont fait choisir cette

voie. Il y en a une autre encore qui n'est pas sans valeur, c'est qu'elle est bien régionale, bien dentaire, et qu'un patient acceptera bien plus volontiers pour une opération buccale ce mode de piqûre qu'une injection par la joue ou la cavité orbitaire.

Je sais pourtant qu'il y a une grosse objection à faire à ce procédé et je vais tout de suite au-devant. La bouche étant un milieu sceptique, ne risquera-t-on pas d'introduire un germe infectieux dans les cavités profondes ? Oui, si vous n'avez pas désinfecté suffisamment votre muqueuse ; non, si vous avez pris toutes les précautions que notre outillage et notre pratique des opérations buccales vous permettent de prendre, et, dans la technique de mon précédé, je vous les indiquerai tout à l'heure.

Enfin, un dernier argument en faveur du procédé d'anesthésie régionale du massif maxillaire supérieur pour les larges interventions ou les extractions nombreuses est d'éviter ainsi les piqûres multiples et de ne pas abîmer votre muqueuse, retardant d'autant moins leur cicatrisation.

Choix du médicament.

Une règle générale s'impose tout de suite quel que soit l'alcaloïde employé, vous devez faire vos solutions dans un liquide absolument physiologique, c'est-à-dire dans du sérum isotonique et au moins à la température physiologique. Ainsi votre solution sera parfaitement assimilable et pénétrera toute la masse de tissu cellulo-graisseux dans laquelle circulent les troncs nerveux à atteindre.

La température joue un rôle très important : froide, la solution solidifiera en quelque sorte les corpuscules graisseux de votre tissu qui se présente chez le vivant sous l'aspect d'une graisse semi-fluide et elle diminuera sa puissance d'absorption ; chaude, au contraire, vous augmenterez et son action analgésique et sa diffusibilité. Mes recherches cliniques m'ont prouvé le bien-fondé de mon dire ; du jour où j'ai injecté *chaud,* mon liquide a agi plus vite et plus complètement. Au début j'injectais à 37°, je me suis rapidement

aperçu que le liquide, ayant à traverser tout un embout et une aiguille variant entre 8 à 10 centimètres, se refroidissait et arrivait au niveau des tissus à une température insuffisante. Maintenant j'injecte mon liquide entre 45° et 48° centigrade et j'obtiens des résultats très supérieurs.

Quant au choix de l'alcaloïde, je vous dirai tout de suite que j'ai systématiquement rejeté tous ceux qui, dans ma pratique courante, ne m'ont pas paru avoir des avantages suffisants sur la cocaïne. La nirvanine, l'alypine et la stovaïne sont abandonnées par moi depuis longtemps, car leur toxicité moindre ne m'a jamais paru contrebalancer suffisamment leur infériorité analgésique et leurs effets irritants.

Comme vous pouvez le voir dans le tableau des observations que je vous présente, j'en suis resté aux solutions courantes de cocaïne, de tropacocaïne, de novocaïne-adréaline et surtout de sérocaïne de Miégeville. Toutes m'ont réussi : la cocaïne à 1 0/0 a toujours agi plus rapidement, 10 minutes environ ; mais les autres, surtout la sérocaïne, m'ont toujours donné des résultats suffisants. J'ai dû toutefois rejeter les solutions de novocaïne de Duputel de Creil à 2 0/0, elles agissaient trop lentement et trop incomplètement. Celles de Corbière et Lindeux à 4 0/0 m'ont paru plus actives ; mais leur concentration élevée ayant été dans des injections apexiennes la cause de troubles généraux, fugaces il est vrai, j'ai préféré, si je n'employais pas la cocaïne à 1 0/0, prendre la sérocaïne. Ici, je ne puis m'empêcher de rappeler à mes confrères l'heureuse idée de mon collègue Miégeville qui a associé dans sa solution de sérum isotonique la cocaïne en toutes petites proportions à la novocaïne et à l'adréaline synthétique ; il est certain que cette association de trois alcaloïdes a considérablement augmenté leur pouvoir analgésique particulier sans augmenter en rien leur pouvoir toxique ; la sérocaïne agit vraiment mieux et plus longuement que tout autre médicament et, parfaitement préparée, cette solution a l'avantage de n'être pas assez toxique pour nous empêcher d'injecter dans la fosse ptérygo-maxillaire les 2 cc. nécessaires pour y noyer com-

plètement tous les troncs nerveux. Je vous ai déjà dit que l'injection devait être en effet péritronculaire, que c'était une condition essentielle de ma technique ; l'emploi de la sérocaïne nous devient un aide puissant, car, bien moins toxique, elle nous permet de combler de liquide toute la fosse où circulent notre nerf maxillaire supérieur et ses branches collatérales.

Avec 2 cc. il ne nous est plus indispensable de toucher exactement le tronc du nerf maxillaire supérieur entre sa sortie du crâne et sa rentrée dans le canal sous-orbitaire : *Il suffit que l'aiguille aie franchi la fente ptérygo-maxillaire.* Vous voyez immédiatement toute la sécurité, toute l'efficacité certaine et toute la simplification qu'elle nous donne.

A propos de la rapidité d'action des médicaments précités, je dois vous signaler leur action généralement un peu plus lente au cours des interventions sur des tissus douloureux, en pleine inflammation.

Choix de la seringue.

J'en arrive aux conditions devant être remplies par la seringue.

Pour pratiquer l'anesthésie du maxillaire supérieur comme je vous le propose il est indispensable d'avoir à sa disposition deux seringues, une de 2 cc. et une de 1 cc., munies en outre d'un prolongement ou embout en forme de baïonnette, toutes pièces parfaitement interchangeables. Ces seringues devront être entièrement stérilisables par l'ébullition et instantanément réglables. J'ai dû rejeter celles à piston en métal parce qu'elles fuyaient très rapidement et je suis revenu au piston en amiante parce que, supportant parfaitement l'ébullition, il suffit de serrer une vis qui est à l'extrémité de sa tige pour l'écraser sur les parois du cylindre de verre et avoir ainsi une étanchéité parfaite. Comme vous le voyez dans le modèle que je vous présente et dont je dois l'habile exécution à la maison Bruneau, tous les embouts que j'ai fait faire, ou

en forme de baïonnette pour le maxillaire supérieur, ou tout droit pour le maxillaire inférieur, ces embouts sont munis d'un petit robinet de manière à éviter toute pénétration d'air au moment où, ayant fait une ponction exploratrice, je remplace ma première seringue par ma deuxième contenant les 2 cc. de solution chaude. Il faut avoir en outre à sa disposition deux aiguilles de platine de $\frac{70}{100}$ de millimètres de diamètre, l'une de 26 millimètres de long, l'autre de 32, à taille courte, et dont le serrage sur l'embout a été calculé de manière à toujours présenter le coupant du biseau du côté de la surface osseuse que vous aurez à longer comme guide.

(A suivre.)

Erratum au n° 12 du 30 juin, p. 534.

Il s'est glissé une erreur dans l'article de M. V. E. Miégeville sur *L'anesthésie locale intensive obtenue par les mélanges anesthésiques,* et nous nous empressons de la rectifier. M. Miégeville donne pour la *Sérocaïne* la formule suivante au lieu de celle indiquée par erreur dans son article.

Chl. de cocaïne................	0.50 centigr.
Novocaïne....................	1 gr.
Adrénaline synthétique.........	0.005
Sérum physiologique...........	100 cc.

Les doses de cocaïne et de novocaïne indiquées dans l'article de M. Miégeville avaient donc par erreur été doublées dans l'article en question et la formule ci-dessus rectifie cette erreur.

N. D. L. R.

FAITS CLINIQUES

NÉVRALGIE D'ORIGINE SANGUINE

Par Billoret.

Je prends la liberté de communiquer aux lecteurs de *L'Odontologie* l'observation suivante, que j'ai recueillie au cours d'une des nombreuses visites que me font les soldats à l'infirmerie régimentaire dont le service dentaire m'est confié depuis mon arrivée au régiment.

M. A. D., 22 ans, s'est présenté à la visite du médecin-major, souffrant de vives douleurs irradiées dans la partie gauche de la face à la région malaire et au niveau des molaires supérieures du même côté. Invité à se rendre à la consultation dentaire, ce malade s'est présenté à moi le 19 janvier 1911, se plaignant des symptômes énoncés ci-dessus et attribuant la cause de ses douleurs à ses dents qu'il croit malades.

L'examen pratiqué sur-le-champ m'indique que les douleurs augmentent beaucoup à la percussion des trois molaires supérieures gauches, particulièrement de la deuxième. Ces dents ne présentent pourtant aucune carie, elles ne sont pas frappées de mortification pulpaire ; la sinusite d'origine nasale ne peut pas être incriminée ; la névrite n'est pas admissible. En désespoir de cause, j'allais me résoudre à pratiquer un traitement symptomatique, lorsque ma curiosité fut attirée par la présence d'une zone légèrement bistrée occupant l'angle interne de l'œil gauche et la partie supérieure de la joue.

Sur ce point le malade, M. D., est très catégorique. Il n'a reçu ni coup ni choc et s'est éveillé quelques jours auparavant avec l'orbite gauche uniformément teintée en violet-pourpre. De plus, la douleur qu'il attribue à ses dents est apparue dans le courant du jour qui suivit. Peu à peu, la couleur a changé d'aspect et c'est à peine si elle est visible maintenant.

Mis en éveil par ce fait, je pousse un peu l'interrogatoire et j'apprends ainsi que l'hérédité de ce malade est lourde en ce qui touche l'appareil circulatoire. La mère est morte en syncope cardiaque. « Elle était toujours très pâle et sujette à se trouver mal, dit M. D. » Du côté paternel, on trouve l'apoplexie cérébrale. Enfin, lui-même a des épistaxies fréquentes et qui sont apparues dans son enfance. Ses plaies cicatrisent mal.

Tous ces indices me semblent être ceux d'un cas de purpura : *purpura simplex* pour l'hémorragie sous-cutanée qu'il présente à l'œil gauche, *purpura hémorragique* pour ses épistaxis. De ce diagnostic découle la pathogénie des névralgies dont se plaint M. D.

Pour une cause qui nous échappe et qui, la plupart du temps est fort obscure, une hémorragie interne s'est produite. Je suis très porté à supposer l'artère sous-orbitaire comme étant le foyer de cette hémorragie. Le siège de la tache purpurique permet cette supposition. L'existence de névralgies dentaire et malaire l'explique également ou, pour être plus exact, est expliquée par ce fait. L'épanchement sanguin né de l'artère sous-orbitaire baigne ou comprime les rameaux du nerf dentaire postérieur et du nerf sous-orbitaire. Ces organes entrent en rapport, comme on sait, dans la fosse ptérygo-maxillaire : *l'artère*, venue de la maxillaire interne, traverse cette fosse d'arrière en avant pour se diriger vers la gouttière sous-orbitaire ; *le nerf sous-orbitaire* la rejoint à l'entrée de cette gouttière et l'accompagne jusqu'à sa sortie au trou sous-orbitaire. Ses rameaux cutanés occupent le même territoire que les branches terminales de l'artère. *Le nerf dentaire postérieur* traverse la fosse obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, croise l'artère sous-orbitaire et pénètre l'os maxillaire supérieur par sa face postérieure. Les rapports sont donc assez étroits. Rien que de très naturel dans les répercussions que peut provoquer une modification anatomo-pathologique quelconque dans cette région.

D'après ces données, au point de vue strictement dentaire j'ai cru devoir laisser les choses aller d'elles-mêmes, la résorption du liquide hémorragique devant précéder de près la disparition des douleurs.

C'est ce qui eut lieu. Quelques jours après, je vis le malade à nouveau. Tous les symptômes purpuriques et névralgiques avaient cessé. Il n'y a eu aucune récidive depuis.

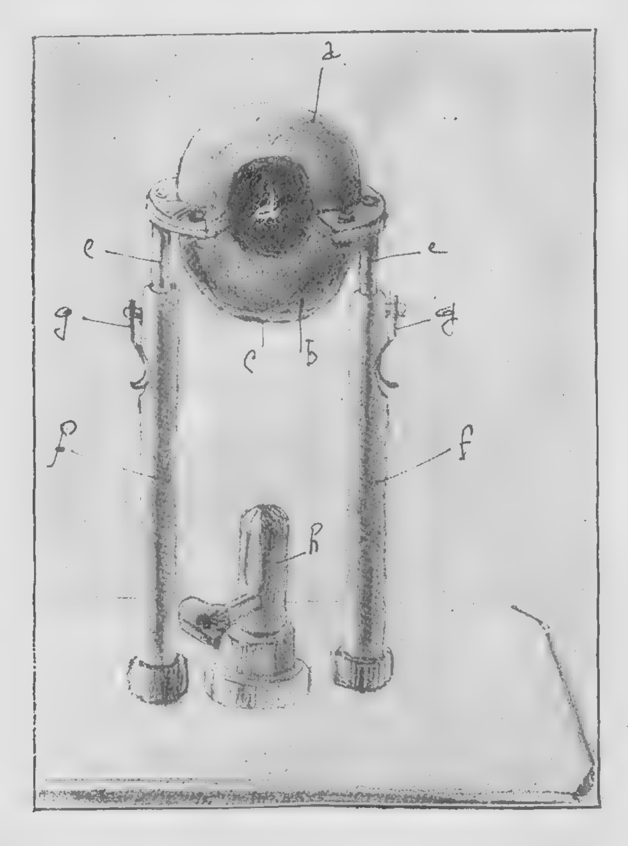
INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

UN NOUVEAU FOUR A GAZ POUR TRAVAUX DE PORCELAINE

Par M. Charbonnier, D. E. D. P.

Ce four comprend essentiellement une sphère en cuivre et deux parties (*a* et *b*) garnies d'amiante intérieurement.

Cette sphère présente deux ouvertures : l'une inférieure (*c*) destinée à laisser pénétrer la flamme du chalumeau ; l'autre, latérale (*d*) destinée à permettre l'introduction de la pièce à cuire.



La sphère de cuivre est montée par des brides sur deux tiges (*e*) glissant librement dans deux tubes (*f*) de même

calibre intérieur, à la manière des pièces d'un télescope. Un ressort (*g*) fixé sur chacun des tubes et dont l'extrémité libre appui sur les tiges *e* permet de maintenir le four à la hauteur voulue au-dessus du brûleur.

Enfin un chalumeau (*h*) alimenté par une soufflerie ordinaire et placé sous la sphère constitue la source de chaleur. L'ensemble de l'appareil repose sur une base métallique.

Avantages de l'appareil : 1° cuisson des émaux à basse et haute température ;

2° Rapidité de chaque cuisson, grâce à la forme sphérique de l'enveloppe garnie d'amiante ;

3° Simplicité de l'emploi : aucune vis à manipuler pour régler la distance du four à la flamme ;

4° Grande simplicité de construction supprimant les ennuis des réparations.

REVUE ANALYTIQUE

Pelade d'origine dentaire et relation topographique dento-pilaire.

M. Lucien Jacquet rapporte l'observation suivante :

Une malade se présente à l'hôpital avec une vaste pelade de la nuque, à droite.

Voici, dit d'emblée M. Jacquet, une pelade très probablement d'origine dentaire.

Et en ce cas, c'est la dent de sagesse inférieure droite qui est lésée.

Et il fit constater aussitôt une lésion grave de cette dent, atteinte de carie pénétrante et d'arthrite chronique à paroxysme aigu récent.

Il y a nécessairement, ajoute-t-il, hyperesthésie objective des points d'émergence nerveuse à droite.

Et il démontra cette hyperesthésie par la pression comparative des points classiques.

Il y a eu sans doute, du côté droit, quelque orage sensitif.

Et la malade déclara que, dix-huit mois auparavant, elle avait subi une violente crise douloureuse du côté droit, avec impossibilité de manger de ce côté ; que, plus récemment, il y a huit mois, elle eut un violent mal de gorge, avec déglutition très douloureuse à droite ; quelques mois après, son mari lui fit remarquer sa plaque glabre à peu près grande alors comme une pièce de 5 francs.

La pelade d'origine dentaire est fréquente : un quart environ du nombre total. Le siège de la lésion dentaire gouverne dans une certaine mesure celui de la dépilation, et MM. Jacquet et Rousseau-Decelle sont arrivés à une précision topographique intéressante.

On a objecté qu'un grand nombre de lésions dentaires ne provoquent nulle pelade, et cela sans paraître se douter que, *mutatis mutandis*, cette même objection s'adresse à toute cause pathogène.

De mieux en mieux nous dégageons et saisissons pourquoi et comment une irritation donnée est ou n'est pas dynamogène, et, plus spécialement, peladogène.

Il faut envisager à cet égard, dans le cas particulier, le point de départ irritatif : la dent malade, et la zone d'aboutissement : le cuir chevelu.

La dent lésée réalise une irritation ancienne, multiple (pulpite et arthrite) et répétée.

Le cuir chevelu est héréditairement impressionnable : le père de la malade est chauve, et chez elle il a été anciennement et diversement impressionné ; il a été, pourrait-on dire, entraîné à la dépilation ; elle a subi deux érysipèles du cuir chevelu avec dépilation consécutive, elle présente tous les ans, en mai, une crise de dépilation diffuse, sorte de mue printanière.

Elle souffre de troubles digestifs et de troubles ovariens, ceux-ci plus marqués à droite ; et l'irritation d'origine digestive comme celle d'origine ovarienne impressionnent, elles aussi le cuir chevelu.

On va supprimer ici l'agent d'irritation principal, la dent malade, sans autre traitement local, et l'on obtiendra comme déjà tant d'autres fois, la guérison de cette vaste aire peladique en pleine et rapide extension actuelle.

(*Académie de médecine*, séance du 13 juin 1911.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Pâte pour momification de la pulpe. — La formule suivante donne une pâte à momifier excellente : paraforme, thymol, une partie de chacun ; oxyde de zinc, deux parties ; glycérine, quantité suffisante pour une pâte épaisse.

Malaxer le thymol avec quelques gouttes d'alcool pour avoir une poudre fine. Ajouter alors les autres agents et les mélanger complètement avec une très petite quantité de glycérine. Si la pâte devient trop molle ajouter davantage d'oxyde de zinc, car une pâte épaisse est nécessaire pour le succès. On a prétendu que d'autres préparations de formaldéhyde agissent bien dans ce but ; mais notre expérience ne nous l'a pas prouvé. Les mélanges de formaline et de crésol, créosote, eugénol, etc., n'ont pas la même force de pénétration que le formaldéhyde pur, surtout le mélange crésol-formaline. (H. Prinz, *Pacif. Dent. Gazette.*)

Attache pour tire-nerfs de molaires et de bicuspides. — Couper et courber un morceau de tube à redressement en maillechort de manière que quand un tire-nerf y est introduit il soit courbé à angle obtus et que, enfoncé dans le canal, il puisse être mu en tout sens, aussi aisément que s'il était droit.

Le grand avantage de se servir avec les doigts d'un tire-nerf court ainsi placé, c'est qu'à l'aide du miroir l'opérateur peut voir où il doit le placer et en même temps conserver toute la délicatesse de touche exigée dans ces opérations. *(Dent. Summary.)*

Matrice de cuivre pour obturations à l'amalgame. — Faire une matrice avec une feuille de cuivre de 35 ou 36 de la jauge, l'épaisseur dépendant du rapprochement des dents. Recuire le cuivre et le couper de la dimension voulue. Mettre le métal autour de la dent et le fixer avec de la soie floche, solidement au collet, en passant une extrémité d'un côté et l'autre de l'autre, attacher par un nœud de chirurgien suivi d'un nœud ordinaire. Cela suffit d'ordinaire pour une obturation à l'amalgame.

Pour l'aurification augmenter le nombre de tours autour de la dent. On empêche la ligature de glisser du collet en faisant glisser les bords cervicaux à deux endroits et en retournant la partie entre les sections. Faire cela au moins de deux côtés.

Tendre alors la partie occlusale avec un brunissoir jusqu'à ce qu'on

ait restauré le contour naturel de la dent et jusqu'à ce qu'elle vienne en contact avec la dent voisine.

Pour l'amalgame, la matrice ne doit pas être placée trop haut pour empêcher l'occlusion normale. Enlever le clamp de caoutchouc, s'il a été mis, avant d'établir l'occlusion. Laisser la matrice en place jusqu'à la prochaine séance, où on l'enlève en polissant l'obturation.

Avantages de la matrice de cuivre sur les autres :

1° Le contour de la dent peut être restauré ;

2° L'obturation peut être faite jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec la dent voisine ;

3° L'occlusion peut être assurée ;

4° La matrice peut rester en place jusqu'à la séance suivante pour empêcher le patient d'endommager l'obturation avant qu'elle ait complètement durci. *(Dent. Summary.)*

Modèle en plâtre dur. — Pour faire un modèle en plâtre dur, mêler une partie de ciment Portland avec vingt parties de plâtre de Paris. *(Chemist and Druggist.)*

Arrêt de l'hémorragie. — Faire une gélatine artificielle en mélangeant de la gomme arabique avec du perchlorure de fer, la stériliser et injecter sous la peau. Ce mélange a pour effet d'arrêter l'hémorragie, car il augmente la coagulation du sang plus que le chlorure de calcium. *(Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin.)*

Economie d'aiguilles hypodermiques. — Quand les aiguilles hypodermiques sont bouchées, pour les déboucher et leur rendre leur brillant, les faire bouillir pendant 10 minutes dans une solution de bicarbonate de soude. Elles peuvent servir à nouveau. *(Medical Surgeon per Dental Surgeon.)*

Plante-brosse à dents. — C'est un des végétaux les plus extraordinaires du globe ; plante grimpante, originaire de la Jamaïque. Les indigènes coupent un morceau de la tige et, en usant par frottement les extrémités, se confectionnent une brosse à dents. Comme poudre dentifrice ils se servent du bois de cette tige pulvérisé.

Acide phénique pur comparé au nitrate d'argent dans les ulcères ouverts de la bouche. — Dans les ulcères ouverts de la bouche (stomatite aphteuse, gingivite ulcéreuse, etc.) les propriétés d'un remède doivent être les suivantes : l'agent doit être rapide et puissant, car la période d'application doit être relativement courte ; son application ne doit pas être trop douloureuse et elle doit détruire de préférence les tissus malades, mais elle ne doit pas être trop caustique. L'acide phénique pur répond à plusieurs de ces conditions, mais l'application en est un peu douloureuse, au moins temporairement et, si elle n'est pas entourée de grandes précautions, elle peut exercer un effet escharotique profond fâcheux. Au contraire le nitrate d'argent est le remède de choix. C'est un des germicides les plus puissants et les plus rapides et son action caustique, tout en étant très complète, n'est que superficielle, parce qu'il est immédiatement précipité par les

tissus albumineux. Le revêtement d'albuminate d'argent qui se forme sur l'ulcère empêche non seulement une cautérisation trop profonde de l'agent, mais, comme il est tout à fait impropre au développement des bactéries, il assure une couche protectrice au-dessous de laquelle la granulation peut se faire sans interruption. L'emploi du bâton solide de nitrate d'argent, *le caustique lunaire,* semble offrir une méthode presque idéale pour le traitement des ulcères ouverts. *(Dental Brief.)*

Teinte des dents artificielles de fumeurs. — Pour obtenir de bonnes teintes des dents artificielles de fumeurs, badigeonner celles-ci, après les avoir meulées légèrement, d'une solution de permanganate de potasse. Plus la solution est forte, plus la teinte est foncée. Cuire les dents dans un four à une température de 950 à 1000° C. *(Le Laboratoire.)*

Rétention des inlays de porcelaine. — Pour avoir une rétention absolument parfaite des inlays de porcelaine, la cavité doit être absolument sèche. Avant d'introduire le ciment, humecter la cavité avec le ciment liquide ou simplement avec de l'acide phosphorique. Rendre rugueuse la surface de l'inlay. *(Revista dental de Chile.)*

Dangers du cyanure de potassium. — Le cyanure de potassium est souvent employé pour enlever les taches de nitrate d'argent sur la peau. S'il en reste une particule sous l'ongle ou si la peau est fendue, bien que ce soit invisible à l'œil, il peut en résulter des symptômes toxiques graves, même la gangrène, qui est susceptible de nécessiter l'amputation du doigt. *(Revue intern. de proth. dent.)*

Moyen de faire des ligatures métalliques serrées. — En serrant des ligatures métalliques les doigts doivent être aussi près du nœud qu'il est possible. Si en tirant les deux extrémités du fil les doigts sont trop loin du nœud, la ligature devient lâche. Si après le nœud final une ligature est trop lâche, la remplacer. *(Zeit. f Zahn. Orthop.)*

Instruments à main pour la préparation des cavités en vue des inlays. — Faire grand usage des instruments à main pour la préparation des cavités en vue des inlays. Avec des ciseaux à émail et des excavateurs un bon opérateur doit pouvoir presque finir la cavité sans recourir au tour et ne servir de celui-ci que pour façonner la cavité. Les pointes Butter et Millar sont très utiles pour bien finir les parois des cavités. *(Dent. Record.)*

Ajustage d'une pièce de vulcanite supérieure après réparation. — Quand une pièce de vulcanite du haut est brisée, assembler les parties, remplir la pièce avec du plâtre comme pour une empreinte. Quand le plâtre a durci, le passer plusieurs fois sur la flamme d'une lampe à alcool, pour faire suer le plâtre et faciliter l'enlèvement de la pièce cassée. Avec un instrument à extrémité arrondie de la grosseur du fil métallique n° 13 de la jauge, creuser une rainure, la moitié aussi profonde que la jauge, tout autour du moulage au bord où vient la

plaque. Procéder alors comme à l'ordinaire. Quand le plâtre a été placé sur le modèle et vulcanisé on forme un rebord demi-rond tout autour de la pièce par l'expansion de la vieille vulcanite. *(Dent. Summary.)*

Calmant de la dentine sensible. — Appliquer la digue, déshydrater avec l'alcool et l'air chaud, puis appliquer une solution à 50 o/o d'acide sulfurique aromatique sur un tampon de coton, sécher la cavité à l'air chaud, et recommencer jusqu'à ce que la cavité puisse être creusée sans douleur. *(Dent. Summary.)*

Réparation du caoutchouc par le procédé de l'inlay. — En vulcanisant, quand le caoutchouc rouge passe au travers du rose, forer le premier en faisant des bords carrés et en entaillant légèrement pour retenir l'inlay. Avec un morceau de caoutchouc rose on bouche exactement les trous forés, on chauffe à la flamme Bunsen jusqu'à ce que le rose devienne mou, on presse dans la pièce et l'on refroidit avec de l'eau, on taille et l'on finit. Avoir soin de ne pas brûler l'inlay, autrement cela laisse un cercle noir autour des bords. *(Dent. Summary.)*

Moyen d'obtenir une surface dense unie en coulant les modèles. — Pour obtenir des surfaces denses unies en coulant des modèles de plâtre ou de matières d'investissement, se servir d'empreintes au plâtre. Si l'on emploie du composé à modeler ou de la cire, appliquer une mince couche de plâtre à la surface de l'empreinte.

Quand on prépare l'empreinte pour couler un modèle de plâtre, pour faire une pièce de vulcanite, vernir l'empreinte d'une mince couche de vernis Shellac. Après séchage, en trente minutes environ, badigeonner légèrement l'empreinte de vernis à la Sandaraque. Au bout de vingt minutes plonger l'empreinte dans l'eau et l'y laisser se saturer avant de couler le modèle. A titre d'essai prendre un morceau de plâtre qui sera resté dans le laboratoire pendant quelques heures et le jeter dans l'eau ; il se formera des bulles à la surface, même si elle est vernie. Si l'on place alors du plâtre fraîchement gâché ou de la matière à investissement dans une empreinte sèche, le même fait se produit : des bulles se formeront à la surface du plâtre sec et il en résultera un modèle plein de trous. L'emploi du vernis s'explique par ce fait que le Shellac agit comme obturant sur la surface fraîche du plâtre, parce qu'il y en a juste assez pour remplir les pores et teinter le plâtre à peu de profondeur, ce qui laisse la surface comme elle était avant le vernissage.

Si l'empreinte était coulée à ce moment, juste avec le Shellac comme moyen de séparation, il serait difficile de séparer, car le plâtre, en prenant, crée assez de chaleur pour amolir le Shellac et coller les deux parties ensemble.

C'est un mauvais procédé que d'employer l'huile ou le savon pour empêcher le collage de l'empreinte et du modèle, car cela facilite l'adhérence avec le plâtre frais et il en résulte une mauvaise surface du modèle. Il faut donc employer du vernis à la Sandaraque léger comme second revêtement. Il en faut juste assez pour donner une surface unie.

Un vernis de couleur est préférable, car il est plus aisé de vérifier combien on en emploie.

Quand le vernis a durci, plonger l'empreinte dans l'eau et l'y laisser jusqu'à saturation, pour qu'il ne se forme pas de bulles de gaz et pour que la surface du modèle ne soit pas couverte de trous et pour que le plâtre sec ne prenne pas une partie de l'eau nécessaire au plâtre frais et ne donne pas une surface poreuse.

Le vernis à la sandaraque n'a pas d'action et la séparation peut se faire en dégageant l'empreinte au-dessus du bord jusqu'à ce que la teinte donnée par le Shellac apparaisse ; placer alors la pointe d'un couteau sous le bord et séparer doucement les rainures et autour des dents.

Après la séparation donner avant tout à la surface du modèle un bon revêtement de silex. En induisant de la cire chaude ou de graisse la surface avant l'application du silex on empêche le plâtre de prendre cette dernière et de donner une surface poreuse.

Essuyer ensuite le modèle avec de la ouate en frottant fortement pour polir la surface. On peut alors enduire la surface du modèle de cire chaude, et la pièce aura une surface unie.

Les modèles de matière à investir à couler se préparent de la même manière sauf qu'un relief est utile si l'on veut creuser l'empreinte. S'il est nécessaire d'ajuster la pièce un peu plus exactement à la périphérie, ajouter un peu de cire à l'empreinte, car le modèle ne peut pas être sculpté quand il est fait d'une matière d'investissement sans faire une surface rugueuse. La surface d'un modèle à couler doit être laissée telle qu'elle vient de l'empreinte sans changement quelconque.

La surface d'un modèle est aussi unie que la surface sur laquelle il est coulé. Si le plâtre est versé dans du verre, la surface sera glacée ; s'il est versé dans une surface rugueuse, la surface sera rugueuse. Donc pour avoir des modèles unis, il faut des empreintes unies, et l'empreinte doit être traitée de façon qu'elle soit inerte à l'égard du plâtre ou de la matière d'investissement qui est versé.

(Dent. Summary.)

Moyen d'empêcher la rouille. — Dissoudre deux parties de chlorure de fer cristallisé, deux parties de chlorure d'antimoine, une partie d'acide tannique dans quatre parties d'eau, passer une éponge trempée dans la dissolution sur les objets en fer ou en acier et les laisser sécher. Appliquer la solution deux fois, trois fois si c'est nécessaire. Après séchage rincer dans l'eau, laisser sécher, puis polir avec de l'huile de graine de lin bouillie. Cette solution s'applique spécialement à la coquille du vulcanisateur. *(Zeit. f. Zahntechn.)*

Sectionnement rapide de la dentine et de l'émail avec de la poudre de carborundum. — Cette opération a pour but de fournir un mélange de carborundum homogène pour une pointe de tranchante de cuivre au fond de la cavité. Ce mélange peut s'obtenir au moyen d'une solution de gomme adragante (8 gr. pour 55 centilit. d'eau) qu'on laisse reposer une nuit, en y ajoutant 250 gr. de poudre de carborundum

n° 90 qu'on se procure chez les fournisseurs. Ajouter aussi à la solution 15 gr. d'huile de menthe poivrée ou de wintergreen et des cristaux de menthol en abondance à cause de leur action réfrigérante dans la préparation de la cavité. Ce mélange mucilagineux forme un composé avec la poudre lourde, en la tenant en suspension. On peut le mettre dans une seringue de verre à long col et l'envoyer goutte à goutte avec la main gauche directement sur la pointe de cuivre coupante dans la cavité de la dent. Un mélange semblable fait avec de la ponce fine au lieu de carborundum et employé dans une seringue analogue est utile pour la brosse à polir ou la pointe de caoutchouc pour nettoyer les dents.

Les pointes de cuivre sont de deux espèces : celles que vendent les fournisseurs, qui sont montées dans le porte-polissoir à vis et qui servent à faire tomber dans la cavité de la mixture de carborundum à mesure que le sectionnement avance. Les autres, faites chez soi, sont du modèle du disque et sont également utiles. Ce genre de disque de cuivre n'est pas du tout dispendieux, coupe rapidement et, comme l'usure en réduit la dimension, on obtient ainsi des pointes de formes diverses.

On peut aussi faire le mélange plus clair et le mettre dans un flacon à douche nasale d'une contenance de 55 centil. qui le conduit par un tube de caoutchouc et une petite sonde d'argent fixée à la pièce à main jusqu'à la pointe de cuivre.

Un appareil semblable s'emploie aussi pour fournir le mélange de ponce. L'écoulement du mélange se règle au moyen d'une pression d'air suffisante pour élever le liquide du niveau du sol à la hauteur de la bouche du patient. *(Dent. Summary.)*

Base séparée pour inlay d'or coulé. — Ceci s'applique aux cavités composées des bicuspides et des molaires où il est très difficile de préparer la portion cervicale sans perte étendue du bord labio-buccal et du bord linguo-buccal. Préparer la partie proximale de la cavité sans avoir égard à la partie occlusale. Faire un modèle de cire et couler cette partie de l'obturation. On obtient ainsi un contact parfait avec le cervix, qui est le point capital d'un inlay. Placer cette portion de l'inlay et préparer la partie occlusale comme pour un cas ordinaire. Couler et placer la seconde partie : le résultat récompensera amplement de la peine supplémentaire. *(Dent. Summary.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mai 1911.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 1er mai 1911, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire, sous la présidence de M. Godon, président.

Le *secrétaire général* donne connaissance de lettres d'excuses de MM. Lacroix (de Bruxelles) et G. Robin.

I. — Hypothèse sur le role de la fibrille de Tomes, par M. Demarquette.

Cette communication a été publiée (V. *Odontologie*, 15 juillet, p. 5).

Discussion.

M. Roy. — J'ai été très intéressé par la communication de M. Demarquette. Il y a là un ordre de faits tout à fait intéressants. Je ne parlerai pas cependant de l'hypothèse qu'il formule, je n'ai pas la compétence histologique nécessaire, et puis il y a là des faits tout à fait nouveaux qu'il serait nécessaire d'examiner attentivement et sur lesquels on aurait besoin de réfléchir un peu longuement.

Néanmoins, c'est un très intéressant travail, il y a là une théorie tout à fait nouvelle et assez séduisante avec les données nouvelles qu'on a sur la question d'énergie. La physique est en train de se bouleverser en ce moment-ci et nous en voyons des exemples depuis la découverte du radium. Vous savez d'autre part que le professeur Leduc, de Nantes, a dit que de l'ancien adage « rien ne se crée, rien ne se perd », il fallait rétorquer rien ne se perd et qu'on devait dire au contraire : « rien ne se crée, tout se perd ». Je suis heureux de voir l'un des nôtres utiliser ces notions nouvelles de physique pour la physiologie des organes qui nous intéressent en particulier. Je ferai tout de même une petite critique au travail de M. Demarquette, c'est quand il dit que ce qui se passe au cours de la carie n'offre pas d'intérêt au point de vue physiologique. Je crois que c'est à peu près là le sens de ce qu'il a dit en parlant des modifications qui pouvaient se produire dans la dentine au cours de la carie, modifications dans lesquelles la fibrille dentinaire pouvait jouer un rôle. Je crois, contrairement à son opinion, que la pathologie — quel que soit le rôle joué par la fibrille — est extrêmement précieuse pour expliquer la physiologie.

Je citerai en particulier que la physiologie cérébrale n'a été établie que grâce à la pathologie.

Il se produit des modifications de la fibrille au cours de l'évolution de la carie.

Le processus le plus intéressant pour l'étude de la carie dentaire et les phénomènes de calcification dentinaire, nous est fournit par le développement de la carie sèche.

Nous sommes là en présence d'un processus extrêmement intéressant, parce qu'il y a à la fois une carie très étendue et une pulpe très active. Ces deux facteurs sont nécessaires.

Ces éléments sont nécessaires parce qu'il est rare qu'une carie de petit volume devienne une carie sèche. Ce sont généralement, comme vous l'avez remarqué, des caries de grandes dimensions.

Pourquoi la carie sèche se produit-elle dans ces cas ?

C'est qu'il se produit du fait de l'irritation qu'apporte à la pulpe cette grosse perte de substance et cette mise à nu d'un nombre considérable de fibrilles dentaires, une excitation générale de la pulpe qui provoque la formation de phénomènes particuliers du côté de la dentine qui sont évidemment des phénomènes de calcification qui se manifestent par une différence de densité.

Dans la carie sèche, en particulier, il y a une différence de densité très nette entre l'ivoire de la dent atteinte de carie sèche et l'ivoire de la dent normale.

De plus il paraît se passer dans les fibrilles dentinaires des phénomènes absolument analogues à ceux qui se produisent dans la pulpe, l'ivoire se modifie concuremment avec la chambre pulpaire et celle-ci est toujours modifiée dans la carie sèche en ce sens qu'elle est considérablement réduite de volume par suite d'une calcification par réaction des odontoblastes.

Cette calcification se produit également dans l'intimité de l'ivoire et la dentine secondaire n'est pas autre chose selon moi qu'une calcification complète ou presque des fibrilles dentinaires. Nous en voyons la preuve dans ce fait que la dentine secondaire a perdu toute sa sensibilité, est devenue absolument analogue à de l'émail.

Il paraît donc y avoir là une relation entre les fonctions des fibrilles dentinaires et cette formation de dentine secondaire.

Il me semble donc, jusqu'à preuve du contraire, qu'il y a un rôle physiologique qui expliquerait assez bien le rôle de la fibrille dentinaire et jusqu'à plus ample informée je pense qu'il y a lieu d'accorder quelque créance à cette théorie. Reste cette théorie d'accumulateur d'énergie, de transmetteur d'énergie qui remplirait la fibrille dentinaire. C'est là une théorie nouvelle que je suis heureux d'avoir entendu développer, je me promets de relire le travail de M. Demarquette et le félicite de cette très intéressante recherche qu'il nous a présentée.

M. Mendel-Joseph. — J'ai écouté avec plaisir le développement

de la thèse de M. Demarquette et cela m'a quelque peu amusé. Pour arriver à étayer son hypothèse, il se sert des opinions contradictoires que les différents auteurs avaient exprimées touchant les phénomènes de la nutrition et de la sensibilité de la dent. Les affirmations contradictoires se neutralisant, rien ne subsiste désormais pour l'auteur ; et c'est sur un terrain vierge qu'il construit son édifice imaginatif.

L'hypothèse de M. Demarquette me paraît audacieuse, et, à tout prendre, j'aime mieux cela que la stérilité. Il est permis, il est même bon, quand on est jeune, de s'élancer dans l'atmosphère élevée des hypothèses où l'imagination se donne libre carrière et touche même au domaine de l'invraisemblable. En cela je ne saurais que lui adresser mes sincères félicitations.

Personnellement, me fondant sur les études histologiques, anatomo-pathologiques et cliniques, je considère les fibrilles dentinaires comme l'organe de transmission de la sensibilité, de même qu'elle participe aux échanges nutritifs de la substance fondamentale de la dent. Ces actions me paraissent assez solidement établies. Aurait-elle en plus pour fonctions subsidiaires de recueillir l'énergie que peuvent renfermer les substances alimentaires soumises à la mastication ? J'en doute, étant donnée la couche épaisse et imperméable de l'émail qui recouvre et isole la fibrille du monde extérieur.

M. Masson. — J'ai trouvé l'hypothèse de M. Demarquette extrêmement audacieuse et je me demande comment M. Demarquette pourrait nous expliquer que la dentine recouverte par sa carapace d'émail peut être une accumulatrice d'énergie grâce aux fibrilles de Tomes.

M. Pont. — Je rappelle que dans ma thèse sur la cataphorèse, en parlant des terminaisons nerveuses je citais les conceptions et les nouveaux travaux de Van Gehuchten, Ramon y Cajal, etc. Ces auteurs montraient que les cellules nerveuses étaient munies de deux sortes de prolongements et j'avais comparé les fibrilles de Tomes à des prolongements des cellules nerveuses.

Je crois que, dans sa communication, M. Demarquette dit que les prolongements de ces cellules nerveuses sont des prolongements qui sont chargés d'être des accumulateurs d'énergie et en même temps des conducteurs de sensibilité.

Je regrette de n'avoir pas entendu entièrement la communication de M. Demarquette. Elle renferme une idée nouvelle qui mérite d'être prise en considération.

M. Demarquette. — Je commencerai par remercier mes contradicteurs pour les observations qu'ils m'ont faites et les conseils qu'ils ont bien voulu me donner et dont je ferai mon profit.

M. Masson dit que l'émail est un empêchement absolu à la fonction que je pense pouvoir exister. Or nous avons des exemples de

corps qui sont traversés par des fluides. Nous en avons notamment un exemple très simple : dans le fait que les rayons lumineux passent à travers le verre. Les Rayons X passent très bien à travers les substances opaques d'épaisseur métallique ; dans les câbles sous-marins, l'électricité traverse des milliers de kilomètres.

Comme je l'ai dit, je n'émets là qu'une hypothèse.

M. Mendel-Joseph dit que l'énergie contenue dans les aliments doit se traduire par des équivalents chimiques et physiques ; je répondrai qu'il est difficile de donner un équivalent chimique d'une énergie; quant à l'équivalent physique rien n'empêche qu'on prétende en trouver la manifestation dans l'énergie dépensée dans tous les actes de la vie.

On connaît très bien le rôle des divers composants de nos aliments, on sait que les hydrates de carbone fournissent ce qui est nécessaire aux combustions, que les albuminoïdes et les sels minéraux fournissent les matériaux de remplacement des tissus qui s'usent. Mais jusqu'ici on n'a pas encore donné d'explications sur la provenance de l'énergie dépensée dans les différents actes de la vie.

M. Masson. — Comment se manifeste l'accumulation d'énergie.

M. Demarquette. — J'émets une hypothèse, je ne prétends pas affirmer une loi. Je ferai simplement remarquer que les fonctions du grand sympathique ne sont pas très connues et qu'il pourrait avoir pour rôle de fournir les centres accumulateurs d'énergie. Mais c'est là une autre hypothèse.

M. Mendel-Joseph. — Je suis bien obligé de dire quelques mots au sujet de l'observation que m'a faite M. Demarquette.

Nous ne pouvons concevoir l'énergie qu'en fonction du travail produit. Or pour produire une certaine quantité de travail nous sommes obligé de dépenser un nombre plus ou moins grand de calories. L'alimentation a justement pour objet de nous fournir lesdites calories. Vous voyez ainsi les relations qui existent entre l'alimentation et la production de l'énergie.

M. le président. — M. Demarquette nous a présenté une observation extrêmement intéressante. Nous avons à le féliciter. Il s'est engagé avec une audace toute juvénile sur un terrain difficile où il faut beaucoup de prudence parce que dans ce domaine scientifique il faut ajouter aux idées hypothétiques qu'on peut avoir des expériences, qui viennent obligatoirement à la suite des observations présentées, pour compléter et justifier ce qu'on peut avancer.

En tous les cas, je veux me joindre aux divers orateurs qui ont pris la parole pour adresser des félicitations à M. Demarquette pour la communication extrêmement intéressante qu'il nous a faite et qui nous en fait espérer d'autres dans le même ordre d'idées.

II. — Nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse inférieure, par M. Pont.

M. Pont (de Lyon) donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, 30 mai, p. 450) et ajoute les explications suivantes :

Voici un maxillaire inférieur avec ses dents. Pour enlever la dent de sagesse inférieure gauche avec la langue-de-carpe, vous voyez que vous êtes obligés de faire ce mouvement et vous vous rendez parfaitement compte que la dent malgré tout l'effort que je fais résiste et que la deuxième molaire est nettement ébranlée.

Au contraire, avec ce procédé, je ne fais pas d'effort, je mets mon élévateur entre la paroi alvéolaire juguale et la dent. Vous allez voir que lorsque mon instrument aura pénétré, la dent va monter et qu'elle tombera toute seule. Il y a le ligament sur la dent vivante qui, lui, offre de la résistance, c'est pour cela que mon instrument est tranchant.

C'est en somme absolument comme si vous ouvriez une huître ; tant que vous n'avez pas coupé le ligament qui maintient les deux valves vous êtes obligés de développer une grande force, mais dès que vous l'avez coupé, l'huître est ouverte.

J'ai enlevé pas mal de dents à la langue-de-carpe, mais il est nécessaire dans certains cas de déployer une force colossale et vous ébranlez et altérez la constitution anatomique de votre deuxième molaire, tandis que si vous avez soin de bien sectionner votre ligament, et si vous luxez comme je l'indique vous déployez très peu de force.

En cas de trismus il n'est pas toujours facile d'employer la langue-de-carpe et il est impossible d'employer le davier.

Dans mes observations j'ai une malade qui est venue me trouver à mon cabinet avec un trismus intense, et une adénite très prononcée. Le confrère qui me l'adressait n'avait pas voulu l'opérer. La dent de sagesse était complètement découronnée et la gencive tuméfiée.

J'ai opéré séance tenante cette malade en quelques secondes, malgré son trismus.

J'ai enlevé hier une dent de sagesse pendant la séance de démonstrations pratique et ceux qui ont assisté à l'opération ont pu constater combien elle a été faite rapidement et simplement.

Discussion.

M. Pailliottin. — Je dois confirmer ce que vient de dire M. Pont au sujet de la théorie de son élévateur.

Justement je viens d'avoir l'occasion d'observer ces tout derniers temps à la clinique, un patient qui faisait de très graves accidents de la dent de sagesse, avec un trismus intense.

J'ai fait l'extraction avec le pied-de-biche ordinaire. Je ne pouvais pas me servir de la langue-de-carpe qui est mon instrument de prédilection.

Pour les dents de sagesse, j'enseigne à mes élèves de se servir de la langue-de-carpe ou du davier, suivant le cas, en faisant les mouvements de la langue-de-carpe. Nous avons notre effort à faire extérieurement et comme le dit M. Pont, le maxillaire est plus résistant du côté externe que du côté interne. Par conséquent je ne conseillerai jamais le davier à bec de faucon.

A propos du maxillaire que M. Pont vient de nous faire passer, je ne dirai pas qu'il a fait faire ce maxillaire exprès, mais cependant je dois souligner qu'il est très spécial dans son genre, car nous ne rencontrons pas souvent des dents comme cela.

M. Pont. — Je n'ai qu'un seul maxillaire chez moi: je vous l'ai soumis. Je vous apporte par contre ici 16 ou 18 cas.

M. Pailliottin. — La dent de sagesse que nous rencontrons presque toujours a ses racines tournées du côté de la branche montante du maxillaire. Nous prenons notre dent de sagesse par en dessous, nous lui faisons décrire un arc de cercle. La dent ressort très bien avec les mouvements de la langue-de-carpe.

J'ai extrait la dent dont je vous ai parlé avec l'élévateur et je m'en suis très bien trouvé. Il y avait, je le répète un trismus intense, la joue était tuméfiée, c'est à peine si je pouvais apercevoir la dent de sagesse. J'ai enlevé la dent avec beaucoup de facilité, je m'empresse de le dire.

M. Heïdé. — Je félicite notre distingué confrère M. Pont de cette manière si élégante qu'il a d'extraire les dents de sagesse.

J'ai cependant une petite remarque à faire au sujet de sa crainte d'ébranler la deuxième grosse molaire.

Il y a environ deux ans, j'ai présenté un appareil pour éviter cet ébranlement dans l'extraction de la dent de sagesse, au nom du professeur Etchepareborda, de Buenos-Aires, élève et lauréat de la première heure de l'Ecole dentaire.

Cet appareil, en étain coulé, s'étend comme une épaisse barre, du côté de la bouche à opérer au côté opposé, tout en emboitant les molaires qui ainsi sont immobilisées.

C'est un appareil qui a été laissé au musée de cette école, je ne sais si vous vous rappelez cette présentation. Avec cet appareil on évite l'ébranlement de la deuxième grosse molaire.

Deuxième point: Quand M. Pont disait tout à l'heure, avec la langue-de-carpe on a souvent de la difficulté pour enlever la dent de sagesse et parfois on a des accidents qui peuvent être graves, cela me rappelle un fait qui est arrivé il y a une trentaine d'années à l'Ecole.

C'était un dimanche, nous occupions à l'époque un local rue Richer. C'était sous la direction du Dr Ramonat. Il y avait un élève qui cherchait à enlever une dent de sagesse. Or sans qu'il y ait eu maladresse de sa part la dent a disparu vers le palais. Le Dr Ramonat étant présent a ouvert aussitôt entre les piliers du voile du palais et a extrait la dent qui s'y était logée. Cela prouve qu'on peut avoir des accidents malheureux par l'extraction de la dent de sagesse à l'aide de la langue-de-carpe ; même le plus habile doit avoir devant ses yeux les accidents auxquels on est exposé.

M. Dreyfus. — J'ai vu hier M. Pont expérimenter le procédé qu'il vient de décrire, et j'ai été frappé de l'aisance avec laquelle il a pratiqué l'extraction des dents de sagesse. L'instrument qu'il présente est appelé à rendre de grands services dans les cas où la face triturante de la dent regarde directement la face distale de la dent de 12 ans. Souvent il arrive que la dent de 12 ans s'oppose à ce que la dent de sagesse décrive l'arc de cercle qu'on veut lui faire décrire à l'aide de la langue-de-carpe. La luxation en dedans élimine cet inconvénient.

M. Roy. — J'ai été très heureux de la communication de M. Pont et je vais m'empresser de me procurer un de ses instruments, parce que je crois que ceux-ci sont appelés à nous rendre des services. Néanmoins, comme le disait très bien tout à l'heure M. Pailliottin, je crois qu'il ne faut pas médire de la langue-de-carpe. La langue-de-carpe convient très bien dans nombre de cas à la courbure des racines des dents de sagesse.

La dent de sagesse se tourne complètement et l'on tourne sa face triturante du côté du pilier, c'est classique et cela se passe ainsi fréquemment. Avec la langue-de-carpe on n'a pas besoin de luxer sa dent, il suffit dans nombre de cas de placer la langue-de-carpe entre les deux dents pour qu'aussitôt on voie la dent se luxer en arrière.

Il y a une chose contre laquelle je tiens à m'élever, c'est quand M. Pont a dit que la langue-de-carpe n'était pas à employer quand il y a du trismus. Au contraire, à mon avis, la langue-de-carpe est l'instrument indiqué lorsqu'il y a du trismus, c'est même dans ce cas un instrument de choix.

On écarte la joue, on passe la langue-de-carpe et l'extraction se fait dans d'excellentes conditions.

M. Pont vient de nous apporter en cela une contribution très intéressante au point de vue de notre instrumentation.

M. Pont. — Je remercie ceux qui ont bien voulu m'adresser des éloges qui sont au-dessus du mérite de cette modeste présentation.

Je répondrai à M. Roy que je suis de son avis pour la langue-de-carpe, étant donné que je dis textuellement ceci :

« Ce procédé n'a pas la prétention de remplacer totalement les

méthodes d'extraction par le davier et la langue-de-carpe, car dans beaucoup de cas les dents de sagesse sont enlevées..., etc... »

Je n'ai pas abandonné la langue-de-carpe. Ceux qui ont l'habitude du davier et de la langue-de-carpe devront contiuuer à s'en servir, mais lorsque vous aurez un échec avec la langue-de-carpe vous aurez alors avantage à vous servir d'un élévateur et l'élévateur vous rendra un service aussi grand, que la dent soit coudée ou non. Comme le faisait remarquer M. Pailliottin, qui disait que dans les dents à racines coudées la langue-de-carpe serait peut-être d'un emploi plus facile, je vous assure que je les enlève aussi facilement avec l'élévateur.

D'ailleurs la langue-de-carpe est impossible à employer dans beaucoup de cas.

M. Roy. — Au cas où la paroi mésiale de la dent de sagesse manque, votre instrument est appelé à nous rendre de très grands services.

M. Pont. — La langue-de-carpe est un excellent instrument. Je dirai à son avantage que son emploi est très rationnel. On fait faire une version anatomo-physiologique à la dent de sagesse, mais vous avez tous remarqué que souvent la dent de sagesse file en arrière et se fixe dans une espèce de loge sous-muqueuse où il faut aller la déloger. Il peut en résulter des infections dans le voisinage du voile du palais. Or avec cet instrument la dent se luxe en dedans et ne décolle pas les tissus.

Je remercie M. Heïdé de nous avoir parlé de l'appareil de M. Etchepareborda. Cela confirme bien que la dent de 12 ans est ébranlée quand on se sert de la langue-de-carpe puisqu'on a été obligé de construire un appareil pour éviter cet inconvénient. Avec mon instrument vous n'avez pas à vous occuper de cela et si la deuxième grosse molaire est ébranlée ou si elle manque, vous prenez appui sur la paroi alvéolaire qui est très résistante et vous faites basculer vers l'autre paroi.

Si vous voulez vous servir de mon élévateur, j'ai l'intention de l'offrir à la Société d'Odontologie et à l'Ecole. Vous pourrez ainsi vérifier ce que je viens de vous dire.

J'ai fait cette communication, parce que je crois que vous étiez tous dans le même état d'esprit que moi. Autrefois quand il m'arrivait une dent de sagesse découronnée, ou en malposition, bref dans les cas difficiles pour lesquels j'étais obligé de recourir à l'anesthésie générale, c'était pour moi, je l'avoue un vrai cauchemar. A l'heure actuelle je vous affirme que ce cauchemar a disparu, car on peut faire l'extraction de la dent de sagesse facilement. Je crois qu'en faisant emploi de cet instrument vous serez de mon avis.

Le président. — Vos applaudissements me dispenseraient d'ajouter de nouvelles félicitations à M. Pont pour sa très intéressante

communication. Nous avons tous, les uns et les autres, employé la langue-de-carpe, dans la plupart des cas, lorsque nous avons un point d'appui, mais il y a des cas où cela fait défaut et nous sommes alors très embarrassés.

Je me souviens d'un patient viennois qui n'avait pu se faire arracher une dent de sagesse inférieure, parce qu'elle était placée dans le plancher de la bouche, très en dedans de l'arcade et à une certaine distance de l'arcade ; la dent de 12 ans manquait. Il était impossible d'aller prendre point d'appui sur la molaire de 6 ans.

Nous avons cherché, un chirurgien de Paris et moi, les moyens d'extraire cette dent de sagesse. Parmi les cas difficiles, c'est évidemment le plus difficile des cas que j'ai rencontré. Nous avons fait des tentatives avec les divers instruments que nous avions. On avait pratiqué l'anesthésie générale. Or c'est en me servant en fin de cause de l'élévateur droit que j'ai réussi à faire sortir la dent, par ce procédé qu'a indiqué M. Pont. Nous avons vu sortir la dent de son alvéole à la suite de l'emploi de cet élévateur droit. Ceux qui emploient cet élévateur pour les dents supérieures, lorsque la paroi jugale et labiale manquent, notamment pour les prémolaires, voient combien on a des extractions faciles alors qu'avec tous les autres instruments, cela paraît très difficile.

Nous devons être très heureux du nouvel instrument que vient de nous présenter M. Pont, qui vient s'ajouter à notre instrumentation. Je voudrais vous prier d'ajouter de nouvelles félicitations à notre confrère Pont, venu exprès de Lyon se joindre à ceux de nos collègues qui sont venus fêter l'inauguration de notre stage. Il est venu nous apporter aussi son concours pour rendre cette fête encore plus intéressante en nous faisant hier sa démonstration pratique à la clinique et en nous faisant ce soir cette présentation.

III. — Etude symptomatique sur les altérations pulpaires sans carie, par M. Roy.

M. Roy donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, 30 mai 1911, p. 433).

Discussion.

M. Mendel-Joseph. — Je voudrais rappeler à M. Roy une étude que j'ai présentée ici même il y a une dizaine d'années. Dans cette étude je me suis particulièrement attaché à interpréter le mécanisme pathogénique de la gangrène pulpaire et me suis arrêté à la conception d'une lésion due à un trouble de l'innervation vaso-motrice.

Or c'est justement l'idée que vient de défendre M. Roy, car il s'agissait, pour lui, d'une altération tropho-vasculaire.

M. Pont. — M. Roy a fait une étude très remarquable. En ce qui

concerne les symptômes, il a fait un tableau magistral de symptomatologie. Au point de vue étiologique, il a commencé par les causes traumatiques ; mais en dehors des traumatismes violents qui peuvent se produire, il y a traumatismes répétés comme ceux qui se produisent chez les couturières qui cassent leur fil avec leurs dents et qui finissent par amener ainsi des nécroses pulpaires et des fistules sous-mentonnières.

M. Roy nous a donné ensuite les observations d'altérations pulpaires consécutives à des anomalies d'articulation, consécutives à des troubles de caries anciennes.

Il a insisté sur les troubles provoqués par la pyorrhée, sur laquelle il nous a donné des aperçus nouveaux très remarquables et à ce point de vue son travail est très digne d'intérêt.

Il y a encore une série de causes qui peuvent amener des mortifications pulpaires. Vous me permettrez de vous signaler quelques observations ayant trait à cette question. Il y a des causes locales, il y a des causes générales.

Parmi les causes locales il y a d'abord la sinusite d'origine nasale. Il m'est arrivé pendant des épidémies de grippe de voir des gens qui avaient de la sinusite grippale qui amenait de l'altération des filets nerveux, qui passent sous la muqueuse ; ces filets étaient ainsi irrités directement et on avait les douleurs et les symptômes de la pulpite très caractérisés, sans carie.

Généralement, dans ces cas, les douleurs disparaissent, particulièrement avec les sinusites, par suite de l'emploi du menthol. Je signalerai les épulis, les tumeurs des mâchoires et également les tumeurs du sinus qui peuvent par compression, amener de la pulpite sans carie.

Je signalerai aussi les altérations provoquées par les interventions chirurgicales. Lorsqu'on construit un bridge et qu'on l'applique sans dévitaliser les dents, nous avons remarqué que très souvent au bout d'un certain temps les dents deviennent douloureuses, il se produit des symptômes de pulpite. Ce n'est pas toujours la carie qui est en cause, mais l'altération que nous avons provoquée.

Pour ne pas allonger la discussion, je signalerai également les causes d'altération pulpaire d'ordre général, la syphilis, l'alcoolisme, le paludisme, qui peuvent être des causes d'altérations pulpaires sans carie de la dent.

Je rappellerai l'observation que j'ai signalée au Congrès de Toulouse d'un malade chez lequel j'ai été obligé de trépaner une dizaine de dents pour faire disparaître les symptômes de pulpite qu'il présentait. Je citerai enfin tous les cas d'intoxication générale ou locale, mercurielle ou arsenicale. Nous avons vu des pulpites d'ordre arsenical, parce que l'arsenic avait été mal placé dans la cavité, avait fusé entre les dents et avait provoqué de la pulpo-périostite au niveau de la dent

voisine qui était saine. C'est une cause qu'il est intéressant de connaître, car si vous réappliquez de l'acide arsénieux sur la dent, vous êtes étonné de voir le malade continuer à souffrir.

Toutes les pyrexies, fièvre typhoïde, scarlatine, etc., peuvent donner des altérations pulpaires en dehors de la carie.

En écoutant M. Roy tout à l'heure, je me suis rappelé une observation que M. Godon avait publiée avec son élève Gross. Ces auteurs avaient signalé un cas de mortification de la pulpe chez un de leurs malades qui avait un second degré banal, ordinaire, très peu marqué, et qui avait présenté des phénomènes de mortification pulpaire après une fièvre typhoïde. Au point de vue étiologique les causes d'altérations pulpaires en dehors de la carie sont innombrables et M. Roy nous en a décrit quelques-unes d'une façon magistrale.

Je suis heureux d'avoir entendu sa communication qui est vraiment intéressante ; c'est par des études symptomatologiques aussi parfaites et par des observations aussi détaillées que nous arriverons à mettre bien au point cette question encore si obscure dans nos traités classiques.

M. Francis Jean. — Parmi les observations de M. Roy il n'y en a qu'une qui attire mon attention, c'est le n° 1, et cela parce qu'elle se rapporte très exactement avec le titre de sa communication, il n'y a pas de carie. C'est la seule observation où il n'y a pas eu d'obturation ancienne.

M. Roy. — J'en ai d'autres où il n'y a pas eu d'obturation non plus.

M. Francis Jean. — Pour l'observation n° 1 il n'y a pas d'abrasion ?

M. Roy. — Pas d'abrasion, des dents remarquables. Il s'agit d'un homme de 60 ans, il a actuellement 67 ou 68 ans et il a des dents longues, un peu dénudées au collet, mais extrêmement bien plantées et pas abrasées.

M. Francis Jean. — Quant aux autres observations, il me semble — par exemple celles où vous citez des dents anciennement obturées — il me semble, dis-je, qu'on ne peut pas s'y arrêter beaucoup parce qu'on ne sait si la pulpe n'était pas frappée déjà au moment où on a fait l'obturation la première fois, qui sait si l'obturation a été faite régulièrement ? Je crois que ces cas-là ne sont pas très probants.

M. le président. — M. Pont a rappelé des observations que j'avais présentées, qui figurent dans la thèse de Jossu.

Un de mes malades ayant reçu un coup d'épée sur la lèvre, qui lui avait sectionné le nerf dentaire, est venu me trouver et au bout de quelque temps j'ai dû lui ouvrir l'incisive, parce qu'il y avait mortification pulpaire.

M. Roy. — Je dirai de suite pour tranquilliser M. Mendel-Joseph

qu'il n'a pas, je crois, entendu ou ne se rappelle pas ce que j'ai dit dans mon préambule.

Je ne me suis occupé dans ce travail que de l'étude clinique et symptomatologique, je ne me suis pas occupé des causes; sans cela, et ma réponse s'adressera également à M. Pont, sans cela cette étude devrait comporter une étendue beaucoup plus considérable. S'il m'avait fallu aborder les causes, cela nous aurait menés très loin. Je n'ai pas fait de bibliographie et j'ai seulement cité Jossu et Siffre parce qu'ils ont eux étudié dans leur ensemble les causes des mortifications pulpaires en les exposant dans des travaux très intéressants à consulter. Je connais très bien le travail de M. Mendel-Joseph et les observations que M. Pont nous a présentées à Toulouse, notamment le malade atteint de paludisme. Ces observations ne pouvaient rentrer dans le cadre de ce travail où je me suis simplement proposé de faire une étude de symptomatologie.

Parmi les cas signalés par M. Pont, la sinusite grippale, j'ai signalé dans une communication antérieure la pseudo-odontalgie d'origine grippale dont parle M. Pont.

Au sujet des dents qui étaient obturées, dont a parlé M. Francis Jean, il dit : Ces observations m'intéressent moins parce que je ne sais pas quel était l'état de la pulpe à ce moment-là.

Cela pourrait être vrai, d'une façon générale, mais dans le cas particulier, je ne le crois pas, car il s'agit de dents qui étaient obturées depuis fort longtemps (pas par moi). Je ne puis répondre pour cette raison de ce qui a été fait et je dirai que pour la première observation j'ai pratiqué un peu avec méfiance. Je me suis dit : Il y a quelque chose de suspect mais, après avoir enlevé l'obturation il m'était impossible de pénétrer dans la chambre pulpaire, et pour pénétrer dans la chambre pulpaire je dus traverser une couche d'ivoire extrêmement dense et très épaisse.

Dans l'observation 2, j'ai constaté que la chambre pulpaire était fermée, qu'elle possédait une forme répondant bien exactement à la carie qu'elle présentait qui était une carie distale, la chambre pulpaire était considérablement réduite dans toute sa partie distale, avec le canal disto-externe très réduit, le canal mésio-externe au contraire très large.

Chez ce malade il s'agissait de dents obturées depuis fort longtemps. Il y avait 20 ans peut-être.

Chez le second malade que j'ai observé, il y avait également 15 à 18 ans que les obturations avaient été faites. C'est pourquoi j'ai fait état de ces observations parce qu'elles m'ont paru probantes.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez crû devoir apporter à mon travail, encore une fois je serais très heureux que cela vous donne l'idée de rechercher ces cas dans les observations que vous aurez

l'occasion de faire et vous verrez qu'ils sont peut-être beaucoup plus nombreux qu'on ne se l'imagine généralement.

M. le président. — Je tiens à remercier M. Roy de l'intéressant et très remarquable travail qu'il vient de nous présenter sur cette question qui est à l'ordre du jour de la profession en ce moment.

Avant de lever la séance, je tiens à vous dire que le Conseil du Groupement, Conseils de l'Association et de l'Ecole réunis, ont adhéré au Comité National Français d'Hygiène dentaire qui doit se constituer d'une manière définitive vendredi prochain. Ils y ont adhéré en tant que membres fondateurs, avec une souscription de 100 francs. Ils y ont inscrit également la Société d'Odontologie qui, au point de vue de l'administration de ses finances, dépend de l'Ecole.

La Société d'Odontologie s'est occupée dans nombre de circonstances, à diverses séances qu'elle a tenues, de ces questions d'hygiène dentaire scolaire et il est bien évident que dans ces conditions elle devait être inscrite comme membre fondateur du Comité National Français d'Hygiène dentaire.

La proposition est adoptée.

M. le président. — Je remercie tous ceux qui ont apporté leur concours aux réunions que nous venons d'avoir. Nous avons fêté le trente-deuxième anniversaire de notre fondation par l'inauguration du stage qui représente pour nous une étape nouvelle dans la réforme des études dentaires et dans l'évolution de notre profession.

Vous avez vu qu'un grand nombre de nos confrères se sont intéressés à notre développement puisque par leur présence ils nous ont montré qu'ils s'intéressaient à cette inauguration, comprenant toute l'importance qui s'y attachait.

Cette inauguration avait attiré auprès de nous le Dr Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine, le directeur de l'Assistance publique, M. Fringnet, inspecteur d'académie. Je remercie tous ceux qui nous ont apporté leur concours, qui ont assisté à nos réunions, qui nous ont aidé à donner de l'intérêt à nos réunions en venant nous faire des démonstrations pratiques, en nous apportant des travaux, des communications, des présentations d'instruments.

Je remercie les Présidents et les membres des Sociétés françaises ou étrangères, notre confrère Amoëdo, président de la Société odontologique de France, qui nous a fait hier une communication extrêmement intéressante sur les articulateurs anatomiques et en particulier sur l'articulateur de Gysi, et l'articulateur Amoëdo qui en est un dernier perfectionnement ; je remercie également le président de l'Ecole odontotechnique.

Je ne veux pas oublier notre confrère Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, ni notre ami, collaborateur et confrère belge

M. Quintin, qui ne veut manquer et ne manque jamais aucune de nos réunions et ne craint pas de venir de Bruxelles pour assister à nos séances.

Je remercie encore M. Etchepareborda, directeur de l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres, qui a été le lauréat de la seconde année de la fondation de l'Ecole, en 1885. M. Etchepareborda a gardé pour l'école où il a reçu l'enseignement une sympathie, une affection assez grandes pour y revenir chaque fois qu'il vint en Europe. Il n'y vient pas seulement pour nous prêter sa sympathie et son concours dans nos séances ; c'est ainsi qu'il vient de faire un don important à l'Ecole dentaire.

Je ne vous cite cela que pour vous montrer l'affection, la sympathie, la reconnaissance que cet ancien élève a gardées pour son Ecole.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

REVUE DES REVUES

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS CHEZ LA SALAMANDRE, LA GRENOUILLE, L'ORVET ET LE LÉZARD VERT

Par Charles S. Tomes M. A.

Communiqué par John Tomes, F. R. S.

Traduction de Ch. Bennejeant.

Les recherches de Goodsir, constituant un avancement notable de nos connaissances, sont si profondément gravées dans l'intelligence des hommes scientifiques que des investigations conséquentes les modifiant n'avaient pas attiré l'attention qui leur était due.

En 1853, le Prof. Huxley (*Quarterly Journal of Microscopic Science*, vol. I) publia un exposé dans lequel il pense que chez la grenouille et le maquereau les germes dentaires ne sont plus à l'état de papille libre et dans le même texte il décrit correctement la connexion existant entre l'épithélium oral et l'organe de l'émail dans les sacs dentaires complètement fermés. Ainsi, quoique Huxley accepte comme juste dans plusieurs cas l'interprétation donnée par Goodsir des divers stades de la formation du sac dentaire humain, il anticipe en quelque sorte la découverte faite par le Prof. Kölliker quelques années plus tard (Zeitschrift f. wiss. Zool., 1863), à savoir que, chez plusieurs mammifères, les germes dentaires ne passent jamais par un stade papillaire, mais sont tout d'abord cachés sous la surface.

Ces observations ont été confirmées et étendues par Waldeyer (voir son article dans l'*Histologie de Stricker, Syd. Soc. Translation*, p. 481), par Dursy (Entwicklungsgeschichte des Kopfes 1869) et par Legros et Magitot (*Journal de l'Anat. et Phys.*, Ch. Robin 1873) ; et il a été établi par des démonstrations concluantes que chez les mammifères :

I. — Il n'y a jamais, à aucun stade, de sillon ouvert allant jusqu'au bas de chaque papille.

II. — Le premier changement reconnaissable dans le voisinage d'un germe dentaire en voie de formation est l'invagination d'un procès de l'épithélium oral, montrant, en section transversale à la mâchoire, comme une profonde glande tubulaire simple, qui descend dans le tissu sous-muqueux et forme ultimement l'organe de l'émail.

III. — Par suite de la descente de ce que l'on a appelé germe de l'émail, les modifications du tissu sous-jacent résultant de la forma-

tion de la papille dentinaire se trouvent à sa terminaison et non en surface.

IV. — Les germes dentaires permanents apparaissent d'abord comme des rejetons des procès épithéliaux entrant dans la formation des germes des dents temporaires (Kölliker), la première molaire permanente étant dérivée d'une invagination primitive (comme une dent temporaire), la seconde dérivant son germe de l'émail de la lame épithéliale de la première, et la troisième de celle de la seconde (Legros et Magitot).

L'erreur des observations de Goodsir n'était pas très radicale et était, à cette date, probablement inévitable, attendu que les procédés par lesquels les investigateurs modernes ont l'avantage de voir les structures *in situ* n'étaient pas découverts : néanmoins, quoique l'erreur en fait ne soit pas grande, les déductions basées sur elle sont encore plus divergentes de la vérité, et les termes « stade papillaire, stade folliculaire, etc... » doivent être abandonnés, comme inapplicables aux phénomènes observés dans n'importe quelle dent, pour tout ce qui a été examiné d'une manière satisfaisante. Le développement des dents simples qui n'ont aucun émail, et celui des dents des poissons, batraciens et reptiles, a été peu étudié, quoique l'apparition précoce du germe de l'émail chez les autres mammifères prête un intérêt additionnel à l'enquête.

J'ai été assez fortuné pour obtenir des spécimens de fœtus d'armadillos avec lesquels je pus établir que, bien qu'aucune particule d'émail ne fût formée, la série des divers stades était identique à ceux observés chez d'autres mammifères [1], c'est-à-dire une invagination de l'épithélium formant un organe de l'émail, qui ne différait qu'à de moindres égards de celui dans lequel l'émail est réellement formé (*Quarterly Journ. Microsc. Science*, janv. 1874).

La littérature relatant le développement des dents des batraciens est quelque peu sommaire.

Le Prof. Owen, dans son « Anatomy of Vertebrates » (vol. I p. 389) réitère l'exposé contenu dans son « Odontography » où il dit : « Les dents des reptiles ne sont jamais complétées au premier stade papillaire ; la pulpe s'enfonce en un follicule et devient coiffée par une capsule ». Dans une description plus détaillée du processus qu'il offre chez la grenouille, il y fait de nouveau allusion et constate que « la dentine et le cément sont constants dans les dents de tous les reptiles ».

1. Mon attention s'est portée depuis sur une observation du prof. Turner, où se trouve une structure homologue dans l'organe de l'émail d'un narval (*Journal of Anat. et Phys.*, nov. 1872). C'est, je crois, la première indication d'un organe de l'émail non fonctionnel ; malheureusement, les sections montrant sa structure et ses relations paraissent avoir été dérangées, comme il a d'autres points plus importants pour l'investigation dans ce même spécimen.

Il décrit aussi les comparaisons existant entre les caractères gardés de façon permanente chez les reptiles et les divers stades transitoires de la dentition humaine, qui sont nécessairement soumis aux mêmes objections que celles s'appliquant à des descriptions de développement, attendu qu'elles en découlent.

Toutefois, quelques progrès vers une plus exacte appréciation du processus avaient été faits. Dans le texte du Prof. Huxley, il remarque qu'il a plus d'une fois constaté clairement que les dents de la grenouille ne passent pas par un stade papillaire, mais sont contenues dans des sacs près de la surface ; quelques années plus tard, le Dr Lionel Beale (*Archives of Dentistery*, 1864) publia quelques observations sur la salamandre, chez laquelle il trouve que tout le processus de formation des sacs dentaires a lieu sous l'épithélium, qui est intimement compris dans sa formation. Il m'est impossible de concorder entièrement dans la description de l'un ou de l'autre pour le mode d'origine et la structure des sacs dentaires. Mais j'ai moins d'hésitation en exprimant une divergence d'opinion avec un observateur aussi soigneux et aussi habile, convaincu que les faits ne peuvent être mis en lumière sans l'étude de sections durcies, méthode de manipulations non pratiquée par lui, je crois, dans ce cas.

Plusieurs années après, Leydig (qui paraît avoir lu le texte du Dr Beale) publia dans les *Archiv für Naturgeschichte,* 1867 un exposé du développement des dents de la salamandre dans lequel il arrive à des conclusions analogues. Il croit que les dents se développent en un sac qui est purement d'origine épithéliale et que la papille dentaire et même la dent entière sont aussi épithéliales.

Les figures qu'il donne sont, toutefois, loin d'être des représentations exactes de ce qui existe chez la salamandre ; mais je n'ai pu me procurer une salamandre fraîche cet été. Santi-Sirena (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, n° 48, 1870) donne un bref exposé d'investigations faites sur quelques batraciens et reptiles ; mais il n'y a aucune figure et les descriptions sont trop courtes pour être définies. Groupant les grenouilles et les lézards ensemble, il constate qu'il n'y a pas de différences dignes de remarque avec le processus bien connu chez les mammifères, sauf que les dents se fixent à l'os par l'ossification du sac dentaire ; il compare le développement des dents de la grenouille se formant dans un sac spécial avec celui des dents de la salamandre se développant librement [1] dans la membrane muqueuse.

La salamandre (Triton cristatus) étant, à plusieurs égards, plus ai-

---

1. « Bei Siredon und Triton geht die Entwickelung der Zähne frei in der Schleimhaut vor sich : beim Frosche dagegen..... in einem Zahnsäkchen ». (Chez le siredon et le triton le développement des dents se fait librement dans la muqueuse ; au contraire, chez la grenouille, dans un sac dentaire).

sée à étudier que les autres animaux examinés, je commencerai la description de mes propres observations sur elle.

Les dents, examinées sans traitement antérieur par les acides, sont terminées par deux cuspides inégaux [1], pointus, acérés, fortement réfringents et d'une couleur jaune brunâtre claire, qui rappelle celle de plusieurs incisives de rongeurs (Pl. 46, fig. 9). Ce mince chapeau brunâtre est si dur et si cassant qu'il est fréquemment brisé par la pression de la lamelle, et il est toujours perdu, comme il se retire aisément tout entier, lorsqu'on use la dent pour la réduire en épaisseur.

Ce chapeau d'émail disparaît en entier dans les sections décalcifiées, dans lesquelles, par conséquent, le caractère bifide du sommet de la dent devient peu visible.

Les dents sont faiblement attachées au parapet osseux par ankylose, sur le côté externe de leurs bases (fig. 1), le chapeau apexien d'émail de la dent seul se projette au niveau de l'épithélium. Le côté interne de la base de la dent descend à un niveau plus inférieur et l'une et l'autre pointe ont une mince crète, ou qui s'insère à une légère élévation de l'os (fig. 2).

L'épithélium embrasse fidèlement la dent sur tous les côtés où elle émerge, formant une surface plane ; et il n'y a ni sillon, ni fissure dans lesquels les dents de remplacement puissent se développer, comme cela a été généralement admis (fig. 1 et 3).

A la place du sillon supposé, il y a, immédiatement au côté interne de la dent et de son parapet d'os-soutien, une région que, pour faciliter la description, je nommerai « zone de développement dentaire » ne contenant que des structures de dents en formation.

Sa limite externe a déjà été mentionnée ; sur le côté interne, vers la ligne médiane du palais, il n'y a pas de rebord osseux, mais elle est, toutefois, très nettement limitée par du tissu connectif (fig. 1, 2, 3 et 5).

A la surface où elle est continue avec l'épithélium de la bouche, elle est resserrée ; mais elle s'élargit dans sa profondeur, de façon que la zone entière [2] soit inégalement de forme triangulaire, comme on le voit fig. 2 et 3.

Le long de sa partie basale ou profonde, reposant sur l'os, proches quoique non rapprochés de façon excessive, sont rangés en séries horizontales, deux, trois ou même quatre sacs dentaires, le plus jeune étant le plus près de la ligne médiane. Une connexion entre l'apex des sacs et l'épithélium de surface peut être tracée avec plus ou moins de netteté dans chaque section par une gorge étroite

1. Cette terminaison bifide de la dent fut notée, je crois, pour la première fois, par Leydig.

2. La mâchoire supérieure a été préférée dans la description parce que les sacs dentaires sont moins entassés que dans la mâchoire inférieure.

allongée de cellules [1]. Au côté interne du plus jeune sac dentaire se trouve aussi généralement une petite invagination de cellules (*f* dans fig. 2 et 5) et au côté interne de cet autre une plus petite invagination épithéliale qui ne s'étend pas aussi profondément (*f* dans fig. 2 et 5).

Séparément les sacs dentaires sont ovales, très légèrement émoussés à leur base et nettement définis ; vus après dissociation ils paraissent être faits d'un épithélium tassé d'une grande régularité, et, quand ils sont soumis à la pression, ils se brisent en une masse de cellules et rien autre (fig. 7) [2].

L'arrangement des cellules dans le sac dentaire paraît avoir échappé à l'observation d'écrivains antérieurs, quoiqu'il soit un peu analogue à ce que nous rencontrons chez les mammifères : il y a une papille dentinaire, dont les cellules de surface sont arrangées en une couche odontoblastique (fig. 4 et 8) et extérieurement à cette papille, qui est de bonne heure encapuchonnée par de la dentine, se trouve une couche de cellules épithéliales cylindriques, analogues aux cellules de l'émail ou épithélium interne de l'organe de l'émail des mammifères. A la base de la papille dentinaire, cette couche de cellules cylindriques se trouve continue avec une deuxième couche de cellules courtes qui s'étendent extérieurement et constituent l'épithélium tassé, déjà mentionné comme formant à la surface du sac (fig. 4, 5, 6).

L'organe de l'émail est donc, comme celui de l'Armadillo, composé de deux couches de cellules, sans aucun tissu intermédiaire.

La continuité des cellules constituant l'organe de l'émail avec les procès épithéliaux ou gorges (lames), auxquels nous avons fait allusion, peut être généralement tracée (fig. 1, 2, 3, 5, 6).

La base de la papille dentinaire est nettement définie et aucun prolongement semi-lunaire ne passe autour de l'extérieur de l'organe de l'émail prendre part à la formation de la capsule, comme cela existe dans le sac dentaire d'un mammifère, et bien que les fibres du tissu connectif soient quelque peu tassées sur un côté, de façon à être en quelque sorte rangées concentriquement autour du sac dentaire en voie de formation, elles ne forment pas un revêtement défini. Les vaisseaux sont abondants dans le voisinage immédiat des sacs dentaires, mais ils ne paraissent pas les pénétrer, sauf lorsque la dent est quelque peu avancée.

Quoique je n'ai jamais été assez fortuné pour obtenir un spécimen

---

1. Ceci fut mentionné par Dr Lionel Beale, qui toutefois n'en traçait pas son origine, et fut aussi observé par Huxley dans le sac dentaire du maquereau.

2. Quoiqu'il y ait quelques difficultés théoriques à accepter cela, je suis enclin, après examen, à pencher vers l'opinion très positivement exprimée par le Dr Beale que ces sacs n'ont pas de membrane limitante quelconque.

dans lequel les premiers sacs dentaires soient en voie de formation [1], grâce au très grand nombre de dents de remplacement formées, il est possible de tracer tous les stades de ce processus chez un animal adulte.

Les procès de l'épithélium qui se trouvent sur le côté interne du plus jeune sac dentaire ont déjà été mentionnés : ils sont très visibles dans les figures 2 et 5 (*f* et *fl*) : ainsi dans la figure 5, nous avons trois stades de la formation d'un sac dentaire, c'est-à-dire l'invagination primitive de l'épithélium, comme on le voit en *fl* ; un procès épithélial qui s'étend jusqu'à la base de la zone de développement dentaire, en même temps que sur le côté droit, est un sac dentaire complètement formé, qui entre en connexion avec les cellules épithéliales sus-jacentes.

Ces procès épithéliaux allant de la surface au tissu connecteur sous-jacent, sont clairement homologues des germes de l'émail des dents de mammifères ; et de même que le germe de l'émail d'une dent permanente humaine est dérivé d'une lame épithéliale reliant l'organe de l'émail d'un sac dentaire temporaire avec l'épithélium oral, de même dans ces dents de batraciens les germes de l'émail des dents de remplacement dérivent de la lame de leurs prédécesseurs (V. fig. 5 et 7) [2].

Quand la terminaison du procès épithélial s'étend auprès de la base de la zone de développement dentaire, ses cellules deviennent plus distinctement cylindriques et sa terminaison s'élargit ; aussi a-t-il une forme sphérique quand on le voit par sa surface ; mais vu en coupe, il présente l'apparence montrée dans la figure 6, dans laquelle l'extrémité du germe de l'émail a assumé la forme d'une capsule embrassant la papille dentinaire sous elle. A cette période précoce, les cellules du germe de l'émail près de la papille dentinaire sont allongées, et la papille dentinaire montre la forme biscupide de la couronne dans une de mes coupes (fig. 8), cela est peut-être accidentel, car je ne l'ai pas vu de façon constante.

Une particularité dans l'apparition des sacs dentaires de la salamandre est qu'ils sont très nettement définis et environnés de tissus. La papille dentinaire ne donne aucun prolongement à sa base, mais le sac dentinaire est au début sensiblement sphérique (fig 6, 7

---

1. Le professeur Huxley m'informe que le développement de la dent chez la salamandre commence à une période plus précoce que chez la grenouille.

2. Ceci rouvre la question de savoir si les dents de lait ou les dents permanentes des Diphyodontes sont homologues de l'unique série des Monophyodontes ? Question qui paraît avoir été résolue au reste par la communication du prof. Flowers (*Journal d'Anatomie et de Physiologie*, 1869). Les arguments de cet exposé paraissent conclure en faveur de l'hypothèse que la dentition de lait fût la chose surajoutée, mais ceci est difficile à réconcilier avec la relation de développement existant entre les germes dentaires des deux.

et 8) et j'ai cru voir clairement dans quelques sections que la papille dentinaire avait une origine distincte du germe de l'émail. Néanmoins, la fidèle ressemblance avec l'Anguis fragilis et le Lézard vert, chez lesquels j'ai réussi à tracer le processus entier, apparaît grâce au sac dentaire complet de la salamandre, aussi bien que grâce aux relations identiques présentées par son germe de l'émail ; de telles vues me mènent à rejeter les conclusions avancées par le Dr Lionel Beale et Leydig à savoir que la dent entière y compris la dentine dérivait d'une origine épithéliale [1].

GRENOUILLE COMMUNE [2]: Les traits généraux du développement sont étroitement similaires à ceux observés chez le Triton cristatus bien qu'il y ait quelques différences de détail.

La région désignée comme zone de développement dentaire, qui s'étend loin dans le palais chez la salamandre, est très circonscrite chez la Grenouille, aussi n'y a-t-il place que pour un sac de dent de remplacement à la fois (pl. 47, fig. 11, 12, 13).

On obtient, à la place du sac dentaire de remplacement, atteignant des dimensions considérables sans grand empiètement sur les parties voisines, espace et protection par résorption d'une partie du parapet osseux portant la dent ou de la dent elle-même (voir fig. 12 et 13) : aussi est-il courant que le sac dentaire formé passe entièrement dans ce qui correspond à la cavité pulpaire des dents déjà placées (fig. 12).

Cette retraite des dents sous quelque abri est, dans une certaine mesure, une conséquence nécessaire de l'antagonisme particulier des mâchoires supérieure et inférieure.

---

1. Dr Lionel Beale dit : « La dent n'est pas développée d'une papille, consistant en un tissu de soubassement, mais elle est formée dans le centre d'un amas de cellules ; et il est probable que les cellules ont été formées dans la partie centrale de la masse cellulaire, en sorte que les cellules plus âgées, qui paraissent remplir l'office d'enveloppe protectrice, sont extérieures et que les nouvelles sont au centre ; les cellules âgées sont quelque peu aplaties en surface, donnant ainsi l'apparence d'une membrane ou d'une capsule imparfaite qui nous permet de distinguer ces masses de la collection de cellules dans laquelle elles sont noyées.

« J'ai remarqué une cellule unique, différant de ses voisines par de larges dimensions, se divisant pour former trois ou quatre cellules séparées, et je crois que c'était la cellule originelle dont dérivaient toutes celles qui constituaient la collection dont la dent paraît résulter. »

Dans cet exposé, ni la structure intime du sac, ni la part prise par l'invagination de l'épithélium n'est mentionnée ; de même Leydig n'était pas plus explicite dans ses descriptions.

Je ne sais pas ce que Santi-Sirena mentionne dans son exposé quand il dit que la dent de la salamandre se développe librement dans la membrane muqueuse ; mais il est évident que je ne peux pas avoir reconnu les structures très nettes qui existent, où il s'est exprimé si nettement.

2. Note du traducteur : Il s'agit de Rana temporaria, commune en Angleterre, car Rana esculenta n'existe que sur le continent.

La mâchoire inférieure a un bord lisse arrondi sans aucun vestige de lèvre : quand la bouche est fermée, elle n'articule pas seulement en dedans de la lèvre supérieure, mais aussi en dedans des dents et du parapet osseux les supportant (V. section diagrammatique, fig. 10) et est reçue dans un sillon, qui s'y conforme fidèlement, entre le parapet maxillaire et une apophyse interne saillante qui s'adapte à la langue de forme particulière sous-jacente (fig. 10 et 11).

L'extrême pointe des dents seulement se projette au delà de la surface de l'épithélium, aussi leur importance fonctionnelle est-elle bien réduite.

Sur le côté interne, la zone est, comme chez la salamandre, limitée par une charpente de tissu connectif (fig. 12, 13 et 14) qui est, en apparence, très différent du tissu occupant l'espace résiduel en dedans de la zone. Les sacs dentaires de grenouille diffèrent peu de ceux de la salamandre, quoique le caractère cylindrique des cellules composant la couche interne de l'organe de l'émail soit moins fortement marqué [1].

Le tissu connectif qui est dans le voisinage d'un sac dentaire en formation l'entoure sur quelque étendue, quoique ne formant pas une capsule connectrice définie ; à vrai dire, je n'ai jamais pu me convaincre de l'existence d'un revêtement membraneux de ces sacs, bien que je sois loin d'en nier l'existence.

Le premier pas vers la formation d'un sac est l'inflexion de l'épithélium oral (*f* dans fig. 12, 13, 14) qui en terme ultime forme l'organe de l'émail, mais la connexion entre ce dernier à l'apex du sac et de l'épithélium oral ne peut être suivie longtemps, car, le sac dentaire aussitôt formé, vient en contact avec l'épithélium sur une partie considérable de sa circonférence (fig. 11 et 13).

(A suivre.)

1. Si quelque émail est formé, c'est seulement en une couche excessivement mince. Le prof. Owen décrit un revêtement d'émail sur la surface convexe seulement, et une couche de cément sur la surface concave, distinction que je suis incapable de discerner. Waldeyer dit qu'Owen s'est tout à fait trompé, en supposant que la grenouille ait quelque émail, tandis que le prof. Huxley parle de l'existence d'une couche d'émail excessivement mince.

VARIA

Problème dentaire.

Après deux jours de débats une action en dommages-intérêts intentée par une femme de chambre, Mlle W. G. contre M. A.J. G., dentiste à Brighton, pour négligence dans une opération, s'est terminée par un jugement en faveur du praticien.

En août 1909, elle était soignée au Dispensaire dentaire de cette ville par ce dernier. A la suite de l'extraction d'un chicot, elle prétendit souffrir beaucoup et ne pouvoir manger. Un médecin qui l'examina déclara constater tous les symptômes d'une luxation de la mâchoire et lui conseilla d'aller dans un hôpital de Londres se faire opérer.

Le dentiste contesta la négligence et soutint que la mâchoire n'était pas luxée.

Les médecins experts déclarèrent qu'il n'était pas possible que l'extraction d'une dent supérieure eût pu causer l'accident invoqué. Ils ajoutèrent que la patiente était une névrosée et avait perdu tout pouvoir de volonté sur certains muscles de la face. *(Daily Telegraphy.)*

Tué par une brosse à dents.

Howard Kingston Bolton, 39 ans, employé dans une pharmacie, était à table quand un morceau de viande s'engagea dans sa gorge. Il essaya de chasser l'obstacle au moyen d'une brosse à dents ; mais celle-ci lui échappa des doigts et glissa dans sa gorge. Un médecin fut mandé pour l'enlever. Le lendemain le sujet tomba malade et dut être transporté à l'hôpital, où on lui découvrit une rupture de l'œsophage. Il mourut le lendemain d'une péricardite causée par les lésions.

(Dental Surgeon.)

Mort à la suite d'extraction.

Un mécanicien-dentiste de Cork avait pratiqué l'extraction de six dents à une institutrice adjointe de 18 ans, Mlle H. C., le 18 juin dernier. Une hémorragie s'ensuivit, qui amena le lendemain la mort de la patiente. Le mécanicien a été arrêté pour exercice illégal.

(Belfast Evening Telegraph.)

Curieux phénomène dentaire.

Mme Vve P., âgée de 75 ans, habitant Vallauris, vient de voir percer, à quelques mois d'intervalle, deux dents molaires qui, comme pour les dentitions des enfants, la font cruellement souffrir.

Les maxillaires de la septuagénaire avaient perdu toute denture de-

puis très longtemps et les dents qui viennent de percer se trouvent au maxillaire supérieur, opposées symétriquement, et chacune d'elles vient à la place de la première molaire, aussitôt après la canine.

Particularité curieuse ; Mme P. a renouvelé trois fois ses dents de sagesse. Elle est arrière-grand'mère. (*Éclaireur de Nice,* 2 mars 1911.)

Ingestion d'un dentier.

La femme d'un typographe de Borna (Allemagne), âgée de 42 ans, a avalé, en mangeant, une pièce de prothèse, qui s'est arrêtée dans l'œsophage et a entravé la respiration. Comme le corps étranger ne put être enlevé, la femme dut se rendre dans la nuit à la clinique de Leipzig. (*Leipziger Tageblatt,* 8 mars 1911.)

Mort sous l'anesthésie.

Mme Anna Bergmann, femme d'un serrurier, 42 ans, demeurant Dolziger-Strasse, Berlin, est morte sous l'anesthésie chez un chirurgien-dentiste de cette ville. L'anesthésique a été saisi et le cadavre transporté à la morgue pour y être autopsié.

Elle s'était rendue pour se faire extraire 3 dents chez le praticien qui, conformément aux prescriptions, avait fait venir un médecin.

(*Tägliche Rundschau.*)

NÉCROLOGIE

Benicio de Sa.

Nous apprenons avec regret la mort de M. Aristides Benicio de Sa, professeur d'odontologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, dentiste des hôpitaux, ancien directeur de l'école libre d'odontologie de cette ville.

* * *

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Duvignau qui fut pendant de longues années appariteur à l'Ecole dentaire de Paris et dont le souvenir est présent à la mémoire des nombreuses générations qui se sont succédées à l'Ecole.

Nous adressons nos condoléances à sa veuve et à sa famille.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Paul Frinault, membre de l'A. G. S. D. F., démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Estor, célébré le 31 juillet, à Blois.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Nouvelle école dentaire.

Nous apprenons la création d'une école dentaire au Caire (Egypte) sous le patronage du Gouvernement.

31e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TERMINOLOGIE DES MALPOSITIONS DENTAIRES

Par M. SOLAS,

Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

La terminologie des malpositions dentaires est actuellement une question à l'ordre du jour : elle vient à son heure ; il est temps de songer à l'établir, son élaboration marquera un grand progrès dans l'enseignement et la pratique de l'orthodontie. En effet chaque fois que dans une des branches de l'activité humaine des faits, des documents quelconques présentent entre eux à côté de divergences plus ou moins profondes, quelques points communs, pour la facilité de leur étude, il est indispensable d'établir une classification de ces faits et, pour établir cette classification, il nous faut des termes. Du choix plus ou moins heureux de ces termes, dépend toute la clarté, la précision de notre classification. C'est pourquoi on ne saurait montrer trop de rigueur, trop de minutie dans ce travail qui, si aride qu'il paraisse, tient sous sa dépendance le succès futur de l'étude. Tout d'abord il importe de mettre en lumière ce fait que la terminologie prend son point de départ dans des faits existants ; et par là même ne peut échapper à leur influence. Cela est tellement vrai qu'il est possible, probable même, qu'au fur et à mesure des progrès et de la découverte de nouveaux faits, la

terminologie première, celle qui nous guidait au début de nos études, devienne alors impuissante à nous satisfaire et qu'il faille la remanier, la refondre, l'enrichir de termes nouveaux. Il n'y a pas de raisons pour que, dans un monde où tout évolue et se transforme, elle seule reste immuable. Elle marquera une étape dans l'évolution de notre étude, et c'est de cette étape que rajeunie, éclaircie, plus ordonnée notre science partira vers de nouvelles découvertes.

Lorsque nous avons à dénommer des malpositions dentaires, il est naturel de chercher dans un même ordre d'idées, comment ont été dénommées les malpositions d'autres parties du corps humain, et de voir si nous pouvons suivre dans ce travail les méthodes qui ont présidé ailleurs.

Et tout d'abord comment ont été définies les malpositions des organes en général ? Comment même cette idée de malposition est-elle née ? De l'anatomie. Dans son étude approfondie des différents organes, l'anatomiste a souvent vu tel ou tel organe avec la même forme et les mêmes dimensions, mais il lui est arrivé aussi de voir ce même organe présenter chez un sujet de notables différences avec les précédents. Il a alors voulu préciser et loin de se contenter d'une appréciation grossière et rapide il a mesuré et il a décrit. Et dans cette description, quelle méthode a-t-il employé ? Mais tout naturellement la méthode employée en anatomie, celle qui consiste à définir une partie du corps humain par sa position, relativement à un plan vertical médian antéro-postérieur, à un plan frontal, à un plan horizontal. La face la plus rapprochée du plan médian est devenue la face interne, la plus éloignée, la face externe ; les termes antérieurs, postérieurs, supérieurs et inférieurs sont venus compléter cette nomenclature. Cette méthode qui a servi de base à toutes les descriptions anatomiques peut-elle être appliquée à l'édification d'une terminologie dentaire ? Certainement elle le peut. — Est-elle la seule ? Non. Est-elle la meilleure ? C'est ce que je voudrais ici étudier.

Lorsque l'anatomiste étudie un os, que fait-il tout d'abord ?

Prenons un exemple : l'humérus. Tout de suite il considère à cet os un corps et deux extrémités. Puis il compare l'extrémité supérieure à une sphère. Au corps il distingue trois faces. Pour l'extrémité inférieure si peu assimilable à un solide régulier, il subdivise encore son sujet, le décompose et arrive à donner à son lecteur une idée aussi exacte que possible.

Comme cependant nous sommes loin dans une telle description de la rigueur mathématique, que d'efforts d'imagination il faut faire faire pour assimiler le corps de notre humérus à celui d'un prisme triangulaire ! Puis, lorsqu'il a décrit chacune des parties constituantes de l'os, il assemble le tout et nous montre l'inclinaison de la tête sur le corps oblique en haut, en dedans, en arrière. Il nous décrit l'orientation du condyle, celle de la trochlée et, pour définir ces orientations, il se sert toujours de ces termes, associés par deux : avant, arrière, haut, bas, dedans, dehors. Les trois directions de l'espace servent de guide à sa nomenclature. Mais dans un os déjà long à décrire comme l'humérus, combien de positions a-t-il eu à définir ? Combien nombreuses sont celles qui ont attiré son attention, lorsqu'il nous a donné les angles d'inclinaison et de déclinaison de la tête, celui de l'arc trochléen, celui du condyle ainsi faites, sa tâche est à peu près terminée, car c'est tout ce que lui demande le médecin. Toutes les déformations de l'humérus seront rapidement désignées. Tantôt c'est l'angle d'inclinaison qui aura augmenté, tantôt c'est celui de déclinaison qui aura diminué, ou bien les deux. La terminologie est donc rapidement établie, et facilement comprise.

Si nous considérons maintenant les malpositions dentaires et si avant d'en donner une classification nous essayons de créer pour elles une terminologie, tout de suite à cause de la similitude de ces travaux nous sommes en droit et logiquement nous devons chercher à appliquer ici la méthode qui a si bien réussi en d'autres branches de la pathologie.

Prenant donc notre région dentaire normale nous l'étudierons anatomiquement, nous décrirons sa forme, ses par-

ticularités ; nous prendrons une idée de la conformation des deux maxillaires et des trente-deux dents ; sur les bases anatomiques fournies par un grand nombre de pièces, nous établirons un canon de notre région ; puis considérant une région dentaire anormale par rapport à celle que nous sommes arrivés à regarder comme l'idéale, nous allons chercher à étudier quelles sont les différences qui séparent les deux éléments. Nous voilà naturellement conduits à nous servir pour cette étude des trois directions de l'espace (Frey et de Névrezé). Nous prendrons aisément la notion d'un maxillaire qui sera trop court dans le sens sagittal ou trop large au contraire dans le sens frontal ou trop haut dans le sens vertical.

Dans les positions relatives des maxillaires avec la face, position utile à envisager à cause de son influence sur la physionomie, nous comprendrons facilement un terme quelconque signifiant que le maxillaire supérieur par exemple est déplacé dans le sens postéro-antérieur.

Dans les positions relatives des maxillaires entre eux, nous prendrons une idée relativement exacte du genre de difformité étudié lorsqu'ayant décrit les particularités de chacun d'eux nous comparerons les positions de leurs différentes parties constitutives avec un autre point indépendant d'eux et dont le choix reste à préciser. Mais comme nous l'avons vu plus haut il est difficile que la terminologie échappe à l'influence des faits. Née de leur existence elle doit s'en inspirer. Ce qui attira d'abord notre attention, ce fut l'irrégularité de l'arcade dentaire et ses vices d'occlusions. C'est parce qu'on avait vu ces faits, qu'on a cherché à les nommer d'abord à les corriger ensuite. C'est aussi parce qu'ayant corrigé certaines de ces irrégularités on s'est aperçu que le profil, la physionomie, n'étaient pas améliorés, qu'on a cherché plus loin et qu'on a découvert que la régularité n'était pas la seule qualité que devait posséder une arcade, mais il fallait encore que cette arcade, pour être normale, présente certaines relations entre ses dimensions diverses. Puis on a vu que deux arcades haut

et bas normales toutes deux, pouvaient se rencontrer dans une bouche manifestement anormale, que l'une pouvait être déplacée en bloc en avant ou en arrière, ou bien toutes les deux à la fois. L'idée d'une occlusion normale ou anormale naissait alors dans notre esprit. Pour la préciser il nous fallut recourir à l'étude des positions relatives des dents entre elles. Sans nier l'importance considérable d'autres facteurs, il est impossible de méconnaître celle de l'occlusion, et c'est précisément, parce que cette occlusion existe, parce que de son altération plus ou moins grande dépendent des altérations correspondantes de notre région dentaire, que dans notre classification future nous devrons très probablement sinon sûrement tenir compte de son existence. C'est pour cette raison qu'il faudra nous en inspirer pour notre terminologie.

Et comment tiendrons-nous compte de l'occlusion ? comment l'étudierons-nous ? Mais tout naturellement, comme toujours, en étudiant les cas normaux que ferons-nous alors ? Sur une pièce que nous aurons définie être normale nous ferons engrener les dents du haut avec celles du bas, comme dans la fermeture ordinaire de la bouche, puis nous chercherons à préciser. Nous prendrons des points de repaire en haut et en bas. La rencontre du plan sagittal avec les arcades dentaires nous formera un repaire excellent facile à définir, net à concevoir. Puis partant de cette ligne et nous déplaçant de l'incisive centrale aux troisièmes molaires en suivant la ligne d'occlusion, nous voyons qu'elle affecte la forme d'une courbe dans un plan horizontal, comme dans un plan vertical ; nous tenons la loi de correspondance des dents d'un maxillaire à l'autre, nous chercherons à préciser leurs positions relatives et, comme les dents, si elles ne sont pas seules à déterminer l'occlusion, sont tout au moins les premiers éléments avec lesquels nous prenions contact, nous pousserons plus loin leur étude topographique, nous envisagerons leur axe, enfin tout ce qui peut nous être de quelque utilité dans notre étude.

Munis de ces notions, nous étudierons alors un cas anor-

mal. La comparaison, les mensurations, nous auront montré des maxillaires normaux. Cependant l'arcade peut être déformée : des dents sont à l'intérieur, d'autres sont nettement déviées du côté vestibulaire; d'autres quoique encore paraissant se trouver sur l'arcade, se sont couchées sur celles-ci, elles sont nettement déviées de leur position idéale. Si nous faisons articuler notre patient, nous constatons que les rapports normaux sont bouleversés. Comment allons-nous procéder pour étudier un tel cas ? Puisque, comme nous l'avons supposé plus haut, les maxillaires sont normaux, et normalement placés, notre étude se trouvera restreinte à une région plus petite. Tout de suite, et c'est la première idée qui nous viendra, nous décomposerons le problème. L'occlusion, idée complexe, naît d'un rapport, étudions tout d'abord les termes de ce rapport. Etudions les arcades. Les arcades sont-elles anormales ? Ou bien nous les trouverons anormales parce qu'elles sont trop étroites dans le sens transversal ou trop larges, etc., ou bien nous les trouverons anormales à priori parce qu'elles sont irrégulières. Dans le premier cas, nous dénommons rapidement, grâce à notre notion préalable d'une arcade normale.

Dans le second cas, que ferons-nous ? Regardant la bouche de notre patient, nous remarquerons des malpositions dentaires. Comment jugerons-nous qu'une dent est déplacée ? Nous y arriverons parce que nous reconstruirons par la pensée une arcade dentaire idéale. Ce travail, soumis à la seule garantie de notre sens de l'esthétique normale, est du reste sujet à caution. Les recherches d'un certain nombre d'auteurs, nous permettent dès à présent de l'accomplir plus rigoureusement ; nous possédons en effet un certain nombre d'indices, des constructions géométriques qui peuvent nous aider à corriger notre sentiment sur ce point. Nous voilà donc en possession d'un certain nombre de faits, telle dent nous paraît être déplacée. Poursuivant notre tâche, nous allons définir le déplacement, et, nous souvenant des méthodes de l'anatomie générale schématisant notre dent, nous en ferons une droite. Avec l'aide des trois plans

de l'espace, nous dirons : Cette dent est déplacée par exemple en bas, en avant, à droite.

Cette notion du déplacement d'une dent, qui a première vue paraît simple, comment l'établissons-nous dans notre esprit? Pour dire qu'un objet n'occupe pas sa place normale, il nous faut d'abord définir cette place normale et, si dans ce but nous avons recours aux trois plans de l'espace, il nous faut fixer ces trois plans. Puis, ayant défini par des cotes l'emplacement de l'objet, nous en déduirons par les cotes nouvelles obtenues le déplacement de l'objet considéré et la valeur de ce déplacement. C'est ainsi que procèdent l'architecte et l'ingénieur dans la représentation géométrique de leurs constructions. Pouvons-nous appliquer cette méthode au déplacement des dents? Théoriquement, la chose est possible ; pratiquement, il nous faut schématiser quelque peu pour adapter leur méthode à la nature des faits envisagés. Nous sommes du reste un peu encouragés dans cette voie par ce fait que nous n'avons pas, pour le moment du moins, un besoin absolu de la rigueur mathématique. Il nous faut pouvoir dire qu'une dent est déplacée. Quant à savoir exactement la grandeur de ce déplacement, l'étude mathématique des maxillaires et de leurs dents est trop peu avancée pour tabler sérieusement sur de telles données. Cependant voyons s'il serait possible à l'aide des éléments fournis par la nature de baser notre étude sur les 3 plans de l'espace. Un premier plan facile à définir est le plan sagittal. Du reste cette notion est tellement ancrée dans notre esprit qu'instinctivement nous cherchons les lèvres de notre patient écartées, à voir si l'espace compris entre les incisives du haut et du bas est bien sur une même ligne avec le nez, le menton, tous points normalement contenus dans le plan sagittal. Si, d'autre part, nous envisageons la surface externe d'un maxillaire, le supérieur, par exemple, la partie alvéolaire de cet os, nous semble grossièrement affecter la forme d'une surface parabolique, et poussant plus loin la comparaison géométrique, si nous envisageons l'arcade dentaire comme une parabole nous pou-

vons imaginer approximativement la partie inférieure du maxillaire comme une surface parabolique engendrée par une droite à inclinaison variable, courant le long de cette parabole. Les racines des dents de bouche semblent autant de représentations concrètes de cette droite imaginaire prise dans différentes positions.

Un 3e élément de comparaison nous est fourni par la ligne d'occlusion. Cette ligne courbe peut être définie comme la tangente passant par les extrémités libres de tous les cuspides vestibulaires. Nous sommes du reste absolument libres pour le choix de nos bases de mesures, la ligne dont nous parlons est nettement définie, c'est la seule raison de notre préférence.

Donc nous voici en présence de trois éléments du problème, une surface parabolique, un plan sagittal coïncidant avec l'axe de symétrie de cette surface, enfin une ligne courbe définie, tracée sur la surface parabolique.

Nous voici loin des trois plans du dessin géométrique, et nos cotes, que vont-elles devenir? Mais, comme nous l'avons dit tout à l'heure, nous ne cherchons pas pour le moment des mensurations rigoureusement exactes. Normalement les axes de nos dents doivent coïncider avec notre surface parabolique. Opérant toujours sur un maxillaire, où, pour schématiser, nous supposerons les dents seules déviées, nous avons un certain nombre de déplacements possibles. Ou bien l'axe n'aura pas quitté la surface et lui sera toujours à peu près parallèle ; mais au lieu d'être à peu près perpendiculaire à la courbe d'occlusion il s'est incliné. Pour préciser davantage, nous noterons quel point de la dent s'est déplacé, l'apex ou le bord libre ou des deux.

Ou bien une extrémité de l'axe s'est éloignée de la surface, l'autre restant au contact. Nous noterons laquelle ; nous noterons aussi le sens du déplacement, soit en se rapprochant de l'axe de symétrie de la surface parabolique, soit en s'éloignant de cette surface.

Ou bien les deux extrémités de l'axe se sont éloignées de notre surface, l'une en dedans de la courbe, l'autre en dehors

ou les deux en dedans, ou les deux en dehors. Comment désignerons-nous ces divers déplacements ? Puisque nous avons fait appel à la géométrie, faisons, comme dans cette science, dénommons les points de notre figure. La surface parabolique du maxillaire est le plan de notre figure. Tout ce qui regardera la partie convexe de cette surface sera vestibulaire ; tout ce qui regardera la partie concave sera palatin ou lingual, le mot importe peu du reste. Des deux extrémités de l'axe de nos dents, l'une sera l'extrémité radiculaire ou apexienne, l'autre, l'extrémité coronaire.

L'axe garde-t-il une extrémité adhérente à notre surface idéale et voulons-nous désigner cette particularité importante par une notation spéciale, nous dirons qu'il y a version par exemple. Au contraire a-t-il émigré tout entier à quelque distance. Convenons d'appeler ce fait une trusion, une gression.

D'après cela, nous arriverons combinant les divers termes énoncés à énumérer rapidement le déplacement d'une dent quelconque, lorsque une extrémité au moins de son axe aura quitté la surface parabolique maxillaire.

Envisageons maintenant le cas où l'axe de notre dent s'est simplement incliné, tout en restant au contact de la surface.

Comment prendrons-nous la notion de cette inclinaison ? D'une façon toute simple : nous rappelant que le plan sagittal coupe la surface parabolique suivant une droite, nous mesurerons sur la surface la distance entre cette ligne d'intersection et les extrémités de l'axe dentaire. C'est ainsi que nous pourrons voir qu'une des extrémités de cet axe restant à sa place normale, l'autre se sera déplacée de telle façon que sa distance à la ligne définie plus haut et appelée ligne médiane, aura augmenté. Nous dirons alors que ce point s'est déplacé dans le sens distal, cette distance pourra avoir diminué ; le déplacement sera dans ce cas un déplacement mésial. Ainsi cheminant toujours sur la surface parabolique, lorsque nous nous rapprocherons de la ligne médiane, nous dirons que nous avons marché dans le sens mésial, lorsque

nous nous déplacerons en sens opposé nous dirons que nous nous sommes déplacés dans le sens distal.

Jusqu'à présent donc nous pourrons dénommer un déplacement quelconque sur la surface parabolique grâce à cette dernière et au plan sagittal. Nous servant maintenant de cette notion de la ligne d'occlusion dont nous parlions plus haut, nous allons établir, grâce à elle, une dernière relation, à savoir : le déplacement de la dent suivant son axe ; dans ce mouvement elle descendra au-dessous, ou montera au-dessus de la ligne d'occlusion, le premier mouvement pourra être dénommé la surocclusion, la supraocclusion, l'extrusion; le deuxième, l'inocclusion, l'infraocclusion, l'intrusion. Et maintenant, combinant les divers termes, du reste sans valeur par eux-mêmes, nous pourrons dénommer toutes les déviations de l'axe dentaire. Cependant il nous reste quelque chose à faire. Avons-nous le droit de schématiser une dent au point de l'assimiler à un axe. Si, pour l'étude que nous venons de faire et pour éviter de compliquer outre mesure la difficulté, la chose est légitime, il nous faut cependant tenir compte de la réalité, et nous rappeler qu'en géométrie la position d'un solide par rapport à trois plans doit être définie par les positions respectives de trois points pris non en ligne droite sur le solide. Ces points à part cette restriction peuvent du reste être quelconques. Sur notre dent, quels points choisirons-nous. Prenons une incisive par exemple. Tout d'abord prenons le point de rencontre de l'axe avec l'apex, ce sera le premier point. L'angle mésial nettement défini, ainsi que l'angle distal, un peu plus loin seront les deux autres. Puis reliant les deux derniers points entre eux par une ligne qui est dans la circonstance le bord libre de notre dent et comparant cette ligne à la parabole, nous voyons qu'elle est tangente à cette parabole, tout au moins grossièrement. Lorsque notre dent, tout en restant dans la surface parabolique sans autre déplacement, se présentera de telle sorte, que l'axe mésio-distal ne sera plus tangent à la parabole, nous dirons que la dent est en rotation sur l'axe. La même notion est du reste facilement applicable aux dents multicuspidées.

Si nous voulons préciser le sens de la rotation nous prendrons l'angle mésial, par exemple, comme terme de comparaison, si ce dernier angle s'est déplacé de telle sorte qu'il s'est éloigné du côté convexe de la surface parabolique maxillaire nous pourrons dire qu'il s'agit d'une rotation mésio-vestibulaire.

D'après cet énoncé à l'aide de ces différentes conventions, nous pourrons désormais dénommer tous les déplacements d'une dent, relativement à l'arcade idéale, soit dans sa portion coronaire, soit dans la radiculaire.

Ainsi en principe nous devons être maintenant en état de dénommer les déviations dentaires affectant les dents seules ; en fait le pourrons-nous toujours, dans la grande majorité des cas, nous le pourrons ; mais comme il peut se faire, et en réalité comme il se présente des cas particulièrement difficiles où l'appréciation de la déviation est délicate ; nous ne saurions nous entourer d'un luxe de précaution assez grand pour établir notre diagnostic. S'il s'agit d'une dent supérieure, par exemple, nous essayerons par l'imagination de reconstruire l'arcade idéale, nous chercherons à apprécier quelle est la position de notre dent relativement à l'arcade, à la surface parabolique du maxillaire. Si nous ne sommes pas satisfaits par ce premier examen, et cela est possible surtout si les dents voisines sont elles-mêmes déviées, nous chercherons à nous éclairer par des mensurations, par des constructions géométriques, nous souvenant pour cela des travaux de Hawley, de Campion, de Pont, etc. Il nous faudra également comparer les deux arcades entre elles ; à l'état d'occlusion, certaines déviations seront mieux mises en lumière ; les comprenant mieux nous les nommerons plus facilement. Et c'est là que devra s'exercer le sens clinique du praticien, de son expérience, de la netteté de son coup d'œil dépendra le diagnostic et de celui-ci la dénomination.

Faisons donc de la clinique, une clinique minutieuse approfondie, accumulons les observations et peut-être quelque jour pourrons-nous, quittant l'étude de la symptomatologie, aborder, mieux armés, celle de l'étiogie.

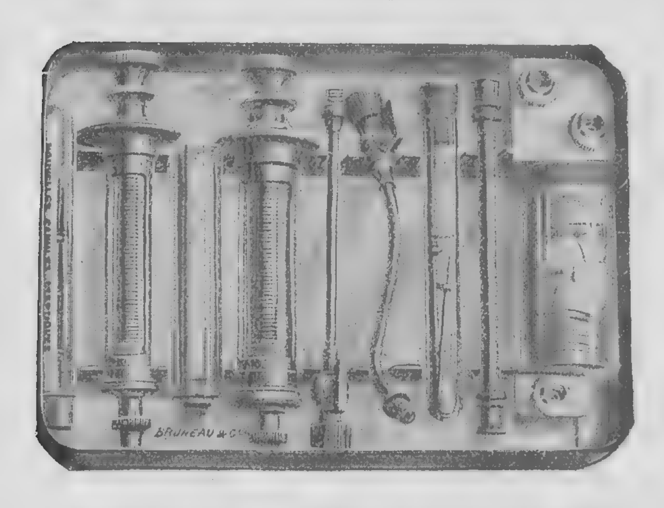
ÉTUDE SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE EN ART DENTAIRE ET NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

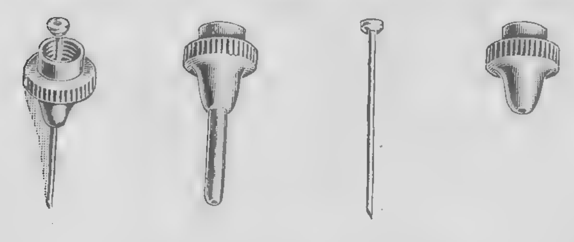
Par CH. JEAY,

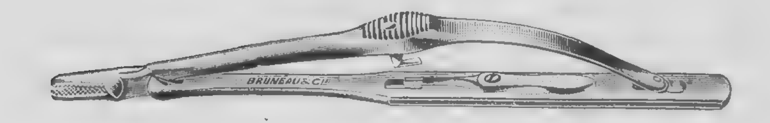
Professeur de Clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

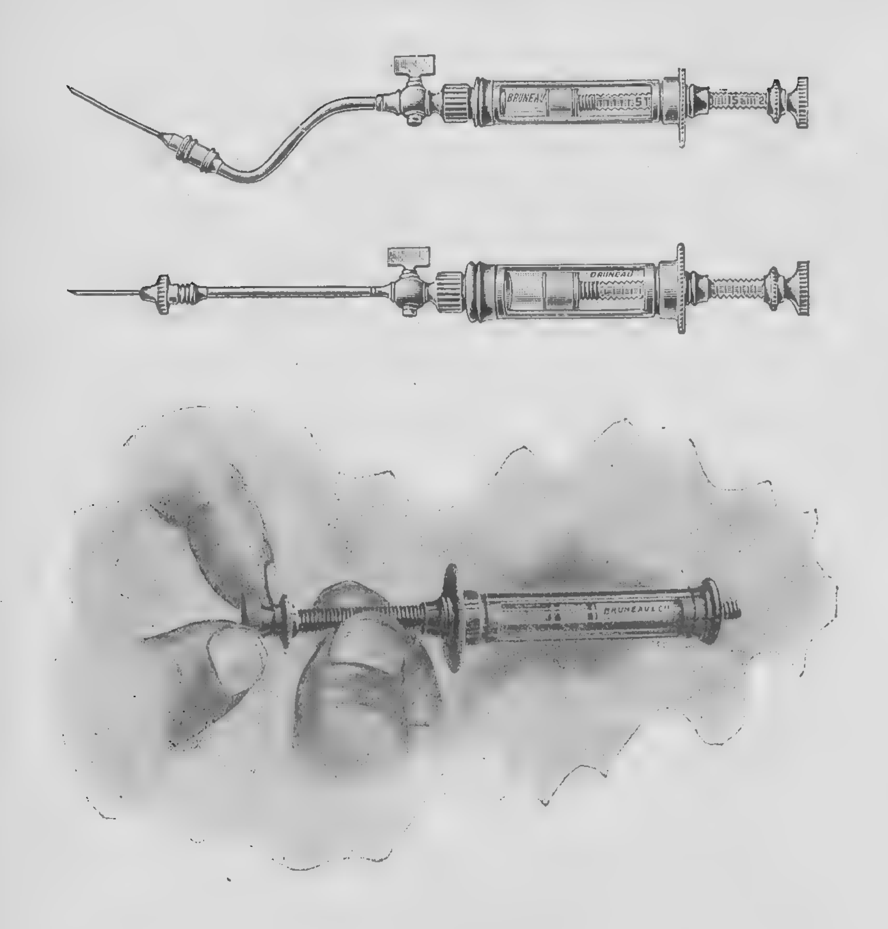
(Suite.)

CHOIX DE LA SERINGUE *(Suite)*.









TECHNIQUE PROPREMENT DITE.

Sitôt votre intervention décidée vous prenez avec un compas à pointes mousses le diamètre s'étendant du rebord alvéolaire postéro-externe de la dent de sagesse à la symphyse des deux maxillaires ; vous calculez les 3/5 et vous savez ainsi, à 1 ou 2 millimètres près, à quelle hauteur du rebord alvéolaire précité se trouve le tronc du nerf maxillaire supérieur, ce qui vous permettra de choisir entre votre aiguille de platine de 26 ou celle de 32 millimètres de long.

Pendant que vous préparez votre seringue, vous faites faire à votre patient de véritables bains de bouche avec une solution formolée.

Les seringues, embouts et aiguilles étant parfaitement stérilisés, vous déposez dans un plateau flambé votre seringue de 1 cc. vide et armée de l'embout en forme de baïonnette et de son aiguille de platine. D'autre part dans un plateau d'eau bouillie maintenue entre 45 et 48° (et un thermomètre de laboratoire protégé par du bois doit vous indiquer la température de votre eau) vous placez votre seringue de 2 cc. chargée de la solution à injecter.

A ce moment, ayant ainsi tout préparé à votre portée, vous placez un bâillon dans la bouche de votre patient pour la lui maintenir moyennement ouverte. Avec un tampon d'ouate monté sur des presselles et imprégné d'une solution forte d'eau oxygénée vous nettoyez vigoureusement tout le vestibule buccal du haut à injecter, et, au point précis où vous allez piquer votre muqueuse, c'est-à-dire en haut et au fond du vestibule, au niveau de l'angle postéro-externe à l'alvéole de la dent de sagesse, où, si celle-ci n'existe pas, au niveau de l'angle postéro-externe de la tubérosité du maxillaire, vous brûlez largement votre muqueuse avec de la teinture d'iode. Puis, tout en maintenant toujours la joue écartée avec le miroir, vous saisissez de votre autre main la seringue de 1 cc., vous introduisez horizontalement l'aiguille dans le vestibule, parallèlement à celui-ci, en ayant soin qu'elle ne frotte rien en route, et vous piquez la muqueuse à l'endroit voulu à 1 ou 2 millimètres de profondeur (1er temps) ; au moment précis où vous allez la faire pénétrer *plus avant*, vous relevez verticalement votre aiguille (2e temps) pour pouvoir suivre tout le long de la tubérosité maxillaire la gouttière osseuse que l'apophyse ptérygoïde forme en se soudant à elle et qui vous conduit directement dans l'axe de la fente ptérygo-maxillaire (3e temps). De cette façon, en ayant fait votre piqûre en trois temps, vous avez évité d'entraîner des germes septiques dans la profondeur des tissus par la lumière de votre aiguille.

Lorsque l'aiguille a pénétré de toute sa longueur, elle a franchi la fente ptérygo-maxillaire et est au point voulu dans la fosse du même nom. Cette piqûre n'est jamais sen-

sible ou à peine ; si, au contraire une vive douleur est accusée par le malade, c'est que vous avez été trop vers le plan médian et que vous avez rencontré ou le faisceau des dentaires postérieurs ou celui des palatins ; il vous suffit alors de déplacer votre aiguille de $\frac{1 \text{ ou } 2}{10}$ de millimètres vers le plan externe. Vous pouvez pousser, vous serez encore dans l'axe de la fente : en haut, en effet, près de sa base, l'aile du sphénoïde s'incurve vers l'extérieur et laisse accessible toute la fosse ptérygo-maxillaire.

Votre but ainsi atteint, vous abandonnez votre miroir et, saisissant fortement de la main gauche l'embout au niveau du robinet, vous faites votre ponction. Si rien ne vient c'est que la pointe de votre aiguille n'est dans aucun vaisseau, vous fermez alors le robinet et, maintenant bien en place votre embout, vous dévissez votre seringue pour la remplacer par celle de 2 cc. qui sort de son bain-marie. Vous n'avez plus qu'à rouvrir le robinet et à pousser le piston.

Ici se place un phénomène physiologique que j'ai constamment observé ; chaque fois qu'un nerf anesthésié anastomose ses extrémités à celles d'un autre nerf, il semblerait qu'il réemprunte à ce dernier une part de sensibilité et, si vous n'avez pas soin d'injecter à ce niveau, vos tissus restent un peu sensibles. J'ai toujours observé ce phénomène au maxillaire inférieur comme au maxillaire supérieur. Aussi êtes-vous obligé avec votre première seringue de 1 cc. armée d'une aiguille dentaire ordinaire de faire une autre injection de 1/2 cc. dans la profondeur de la fosse canine, en allant vers le trou sous-orbitaire, sans quoi les anastomoses du facial, nerf sensitif et moteur, suffiront à redonner à la région de la canine et des incisives une part de sensibilité. Cette dernière injection faite, vous attendez environ dix minutes pour les solutions de cocaïne, quinze pour celles de sérocaïne, vingt à vingt-cinq pour celles de novocaïne-adrénaline et vous pouvez opérer. Comme la durée de cette attente est un peu variable selon chaque individu, il vaut mieux avec une aiguille fine et stérilisée suivre attentivement la progression de votre anes-

thésie. Le groupe postérieur, celui des molaires, se prend toujours le premier et reste le dernier; l'anesthésie du groupe antérieur est légèrement plus fugace; la sensation du contact restant quelquefois perceptible, il faut, avant de piquer le côté intéressé, piquer celui opposé. Enfin, il est bon de savoir pour constater si le massif entier est anesthésié que nous avons deux points de repère : le nerf maxillaire supérieur donne, presque après sa sortie du trou Grand Rond, la branche dite orbitaire qui pénètre dans la cavité orbitaire par la fente sphéno-maxillaire et court le long de l'angle inféro-externe de cette cavité pour se perdre à la paupière inférieure ; au cours de sa course, cette branche donne un rameau dont l'une des deux extrémités, celle dite *malaire*, traverse l'apophyse orbitaire de l'os malaire et vient donner la sensibilité à la peau de cette région : d'où, dans une anesthésie réussie du maxillaire supérieur, la peau de la pommette, comparativement à celle de l'autre côté, devient insensible. Enfin pour nous assurer aussi que le ganglion de Meckel qui reçoit sa racine sensitive du nerf maxillaire supérieur est bien anesthésié lui-même, on pique la muqueuse nasale au niveau du méat ou du cornet inférieur, c'est-à-dire à 2 centimètres de profondeur et horizontalement dans la fosse nasale du côté anesthésié.

La durée de cette anesthésie est d'environ une 1/2 heure et même plus, surtout avec la novocaïne-adrénaline.

Sur les cinquante observations que j'ai l'honneur de vous présenter aucune complication post-opératoire n'est survenue, parfois un très léger œdème des gencives au niveau des dents extraites, mais aucune douleur, aucun malaise.

Si toutes les précautions de propreté indispensables ont été prises, et bien prises, il ne peut en effet survenir plus de complications que dans l'anesthésie locale habituelle.

J'en ai fini avec mon procédé d'anesthésie du massif du maxillaire supérieur, il me reste à vous dire deux mots de

l'anesthésie régionale alvéolo-dentaire proprement dite. Les lecteurs de *L'Odontologie* la connaissent déjà.

1° Pour anesthésier le groupe des molaires, groupe postérieur, il suffit de faire une première injection avec des aiguilles dentaires ordinaires à la face postérieure de la tubérosité maxillaire pour les nerfs dentaires postérieurs et une deuxième injection au niveau du trou palatin postérieur. A ce niveau il est bon de se rappeler que l'apex de la racine palatine de la dent de sagesse est un excellent point de repère et il y a intérêt à ne pas injecter profondément dans la muqueuse, puisque le nerf palatin suit la partie superficielle alors que l'artère et la veine suivent au contraire la partie profonde de la gouttière formée à ce niveau par la réunion des procès alvéolaires avec la voûte palatine. Ainsi vous évitez d'injecter directement dans un vaisseau et vous entourez mieux votre tronc nerveux ;

2° Pour le groupe antérieur, celui des incisives et canines, c'est un peu plus difficile : le nerf dentaire antérieur qui lui donne en effet sa sensibilité est toujours intra-osseux par conséquent difficilement saisissable. Il faut alors faire une première injection profonde en raclant l'os, pour ainsi dire, partant de l'apex de l'incisive latérale pour aller au delà de celle de la canine jusqu'au trou sous-orbitaire. Une deuxième injection sera faite derrière l'incisive centrale à mi-hauteur de sa racine, c'est-à-dire au niveau du trou palatin antérieur;

3° Pour le groupe médian, c'est-à-dire celui des petites molaires, si l'anesthésie locale habituelle est impraticable par suite de complications inflammatoires, je conseille de carrément pratiquer l'anesthésie des deux groupes antérieur et postérieur comme je viens de l'exposer. En dehors de ce moyen radical vous n'aurez rien à espérer. De même pour le groupe antérieur, si nous avons un abcès alvéolo-dentaire ou tout autre complication nous empêchant d'employer la méthode habituelle, serons-nous tentés d'employer franchement la méthode d'anesthésie du massif maxillaire, tellement est difficile, dans ces cas-là, d'obtenir l'anesthésie en

injectant au niveau du trou sous-orbitaire et palatin antérieur. Il faut agir si loin au-dessus des tissus malades que l'anesthésie du massif sera seule efficace, d'autant que les dentaires antérieurs sont très difficiles à anesthésier à travers leur enveloppe osseuse.

Anesthésie régionale du maxillaire inférieur.

L'anesthésie régionale du maxillaire inférieur est une question plus ancienne que celle du maxillaire supérieur et beaucoup plus simple. Le Dr Nogué, en effet, dans une communication faite en 1905 à la Société de Stomatologie, expose son idée de l'obtenir par une injection au niveau de l'épine de Spix et il est vraiment étonnant de ne pas avoir vu cette méthode se répandre plus rapidement. Elle peut, en effet, être, comme celle du haut, du plus grand secours et je ne puis y voir comme raison que les échecs dus à une technique défectueuse et à une connaissance imparfaite de l'innervation.

Au début j'ai moi-même été fort peu encouragé, parce que je me contentais d'une seule injection au niveau de l'épine de Spix comme l'indiquait Nogué. Je n'avais pas encore observé à ce moment-là le phénomène physiologique signalé plus haut à savoir que, si un nerf anesthésié s'anastomosait à un autre nerf sensitif, il lui réempruntait certainement une part de sensibilité tant que l'on n'avait pas eu soin d'anesthésier également ses anastomoses avec ce dernier. Et cela a été si vrai que je n'ai obtenu de véritables succès que du jour où j'ai injecté également au niveau du trou mentonnier et des autres anastomoses. Mais ce n'est pas tout et il nous faut considérer l'ensemble de l'innervation du maxillaire inférieur. Les traités nous apprennent bien que la sensibilité dentaire est due au nerf maxillaire inférieur, que celui-ci, prenant le nom de dentaire inférieur, pénètre dans le canal dentaire au niveau de l'épine de Spix pour le parcourir dans toute sa longueur et se diviser en deux terminaisons, l'une encore intra-osseuse portant la sensibilité au groupe antérieur des canines et incisives,

l'autre sortant par le trou mentonnier pour s'anastomoser avec le facial. Mais ce qu'ils ne nous disent pas et ce que pourtant la clinique nous a fait constater de façon absolue, c'est qu'une partie de la sensibilité des gencives postéro-externes est due aux terminaisons du nerf massétérin et celles des gencives internes au mylo-hyoïdien.

En effet, une des premières branches du nerf maxillaire inférieur après sa sortie du crâne par le trou ovale est le nerf massétérin. Ce nerf passant par l'échancrure sigmoïde de la mâchoire inférieure pénètre dans la masse du masséter à peu près en son milieu et, longeant la face profonde de ce muscle, se perd vers son extrémité inférieure. Or, comme notre injection faite à l'épine de Spix est bien en deça du point d'où ce nerf se détache du maxillaire supérieur, il en résulte qu'il conserve toute son activité et que, tant que nous n'avons pas cherché à anesthésier ses extrémités par une injection faite au niveau de la face externe de la dent de sagesse et se dirigeant vers le ventre de ce muscle, nous n'avons pu obtenir l'insensibilité de la muqueuse externe au niveau de la 2e et de la 3e grosse molaire. De même est-il indispensable de se souvenir qu'avant de pénétrer dans le canal dentaire le nerf dentaire inférieur donne un rameau important, le nerf mylo-hyoïdien, qui parcourt toute la face interne de la mâchoire le long de la gouttière mylo-hyoïdienne, et que pour obtenir l'anesthésie complète de la table interne il faut encore chercher à anesthésier ce tronc nerveux avant son arrivée au niveau des dents à opérer.

Enfin, si l'on examine attentivement une mâchoire inférieure, on voit que cet os, derrière les incisives et au-dessus des apophyses géni, est parsemé d'une infinité de petits trous ou foramen par lesquels passent des extrémités du dentaire inférieur qui vont certainement s'anastomoser avec celles du lingual. Là encore, si vous voulez être assuré du succès, serez-vous obligé de faire une injection.

En résumé, pour le maxillaire inférieur comme pour le maxillaire supérieur, nous avons à poursuivre non seulement une innervation intra-osseuse, mais aussi une inner-

vation externe et interne et, chaque fois que nous aurons un groupe anastomotique, nous aurons à injecter à ce niveau.

Technique.

Vous devez, comme pour le haut, employer des solutions dans le sérum isotonique chaud entre 48° et 45° (meilleure absorption, meilleure activité); vous devez employer des solutions assez concentrées et contenant de l'adrénaline synthétique.

En outre des solutions de cocaïne et adrénaline, je recommande tout particulièrement celles de novocaïne-adrénaline de Corbière et Lindeux, ou de sérocaïne. Enfin, quelle que soit la solution employée vous devez procéder avec la même rigoureuse propreté. A cet effet, vous préparez dans un plateau stérilisé votre seringue de 1 cc. armée de son embout droit sur lequel est montée une aiguille n° 15 à taille courte et de 20 mm. de long ; vous placez également un tampon monté et imprégné de teinture d'iode, pendant que votre malade s'est minutieusement lavé la bouche dans une solution de formol. A ce moment, dans la bouche, vous placez un ouvre-bouche du côté opposé et, avec le doigt de la main gauche mis à plat sur l'arcade dentaire, vous venez repérer une première fois le bord antérieur de la branche montante du maxillaire : vous devez sentir une crête antéro-externe séparée de la crête postéro-interne par une légère dépression ; à ce niveau vous brûlez la muqueuse avec de la teinture d'iode. Vous refixez bien exactement avec le doigt l'intersection du bord postéro-interne avec votre ongle et, à ce point précis, vous commencez votre piqûre. Vous devez sentir avec l'aiguille que vous contournez, en la rasant, la face interne légèrement convexe de la branche montante et, au fur et à mesure que vous poussez votre aiguille, vous inclinez votre seringue vers la canine du côté opposé pour vous permettre d'atteindre la concavité que protège l'épine de Spix et au fond de laquelle se trouvent artères, veines et nerfs dentaires. N'ayez crainte d'injecter à la hauteur d'une

bonne épaisseur de doigt, vous ne pouvez être trop haut ; plus bas vous risqueriez d'injecter au-dessous de l'épine de Spix et de manquer votre nerf dentaire inférieur. L'aiguille bien en place, vous faites votre ponction, manœuvre indispensable puisqu'il m'est arrivé à moi-même de ramener du sang, et, étant ainsi sûr de ne pas être dans un vaisseau, vous fermez votre robinet,puis vous démontez votre seringue pour la remplacer par celle de 2 centimètres chargée de la solution anesthésique chaude. Si vous avez de la cocaïne adrénaline, ou une solution de novocaïne de Corbières et Lindeux, vous n'injectez que 1 cc. 1/4, la longueur de votre embout vous enlevant 1/4 de cc. de liquide. Si vous avez de la sérocaïne, poussez franchement 1 cent. 1/4 à 2 centimètres cubes.

L'injection profonde étant faite, vous débarrassez si vous le voulez votre malade de son bâillon et vous faites vos piqûres périphériques. Avec le doigt vous délimitez le bord antéro-externe de la branche montante et, commençant l'injection au niveau de la gencive externe de la dent de sagesse, vous poussez votre aiguille d'avant en arrière et de dedans en dehors, en rasant la partie inférieure de la branche montante jusqu'à la face interne de votre masséter et en ayant soin d'injecter 1/4 de cc. au fur et à mesure de sa course.

Avec le doigt encore, vous cherchez, au niveau de la face interne de la troisième grosse, la ligne mylo-hyoïdienne et vous injectez un autre 1/4 de cc. Enfin, en avant et en dehors, vous repérez l'apex de la canine, vous touchez la muqueuse à l'iode, et vous faites d'avant en arrière et horizontalement une injection de 1/2 cc. pour couvrir entièrement le trou mentonnier qui se trouve exactement entre l'extrémité de la racine de la première et de la deuxième petite molaire. De même derrière les incisives, vous aurez soin, à leur face interne et au niveau de leur apex, de pousser verticalement, c'est-à-dire vers la rencontre de la muqueuse gingivale avec celle du plancher de la bouche, un dernier 1/4 de cc.

Il est bien entendu que cette dernière précaution devient inutile, si votre opération ne doit pas s'étendre jusqu'aux incisives et canines.

Dix minutes d'attente vous seront nécessaires avec les solutions cocaïniques, 15 avec la sérocaïne, 20 avec la novocaïne-adrénaline de Corbières et Lindeux. Cette durée étant bien entendu variable selon les individus, le mieux sera de surveiller vous-même la marche progressive de l'anesthésie avec une aiguille : le groupe des prémolaires, canines et incisives se prendra généralement en même temps que la 1re grosse molaire, tandis que la 2e puis la 3e molaires ne seront envahies qu'après.

Comme le tableau d'observations vous le démontre, cette méthode vous permettra dans l'immense majorité des cas de suppléer à l'anesthésie générale si l'anesthésie locale habituelle est impraticable. Non seulement vous pourrez débarrasser de ses dents toute une moitié de maxillaire, mais vous pourrez encore opérer sans souffrance au cours de collection purulente étendue, de périostite aiguë et vous aurez toute facilité par la durée, qui est de 20' à plus d'une demi-heure de pratiquer les opérations de petite chirurgie, élimination de séquestres, grattages, kystes, curettage du sinus, etc.

Messieurs, j'ai certainement abusé de votre attention par ce travail long, beaucoup trop long, mais il m'a paru nécessaire de vous exposer toutes mes idées et de prévoir de mon mieux les objections possibles. Avant de donner et de résumer mes conclusions il me faut pourtant encore attirer votre attention sur une des applications les plus utiles et les plus pratiques de l'anesthésie régionale.

Vous connaissez tous la difficulté d'obtenir l'anesthésie dentinaire des grosses molaires par des injections apexiennes, en haut comme en bas : vous avez là un moyen puissant d'y arriver.

Pour les molaires supérieures il vous suffira, comme je vous l'ai expliqué pour l'anesthésie alvéolo-dentaire du groupe postérieur, de faire une injection derrière la tubérosité maxillaire. Ici vous prenez simplement un embout baïon-

nette sans robinet, la ponction exploratrice devenant inutile, et, cet embout armé d'une aiguille dentaire ordinaire (n° 15 de 20 millim. de long), vous faites votre piqûre exactement au même point que celui décrit pour l'anesthésie du massif, c'est-à-dire au-dessus de l'angle postéro-externe de la dent de sagesse ou, à défaut, de la tubérosité maxillaire ; vous poussez votre aiguille de toute sa longueur le long de la gouttière osseuse formée par l'apophyse ptérygoïde contre la tubérosité et, à la hauteur de votre pointe, vous atteignez sûrement les dentaires postérieurs puisque vous êtes à la naissance de la fente ptérygo-maxillaire.

Pour le groupe des molaires inférieures l'injection à l'épine de Spix décrite pour l'anesthésie du maxillaire inférieur sera seule suffisante.

Dans l'un et l'autre cas, je vous conseille de donner votre préférence à la solution de novocaïne de Corbière et Lindeux qui vous assure l'efficacité et la durée nécessaire.

(A suivre.)

REVUE DES REVUES

LOIS RÉGISSANT L'EMPLOI DE L'OR PENDANT LA FUSION ET LE COULAGE

Par WESTON A. PRICE.

Diverses méthodes de manipulation de l'or ou de ses alliages pour le coulage.

En étudiant les lois qui régissent ces méthodes il faut connaître bien clairement les conditions physiques et les procédés de manipulation de l'or. Ces conditions physiques et procédés sont les suivants:

1° Fusion de l'or ou d'un alliage d'or directement sur un métal à haute fusion comme dans la soudure d'un pont avec sous agent d'investissement ;

2° Prise de l'empreinte de la cavité ou d'une autre surface avec une feuille de platine mince et fusion directe de l'or dans cette feuille ;

3° Confection d'un modèle de cire dans la cavité, enlèvement de celui-ci et investissement dans une matière réfractaire, puis, après brûlage de la cire, coulage de l'or directement dans cette cavité dans l'investissement ;

4° Prise de l'empreinte de la cavité et de la surface qui l'entoure et confection d'un modèle d'une matière assez réfractaire et assez forte pour être coulée directement après avoir ciré la cavité dans le modèle et investi le modèle et la cire dans un mélange de plâtre et de silice ;

5° Prise de l'empreinte comme dans le n° 4, puis confection d'un modèle de métal fusible ou d'amalgame, ou de soufre, ensuite d'un moulage en cire qu'on enlève et qu'on investit comme dans la méthode n° 3, et le coulage se fait dans l'investissement.

Causes d'erreur.

Voici quelques-uns des effets pouvant embarrasser :

1° Diminution des dimensions de la reproduction en or due à la contraction ;

2° Déformation ou diminution ou augmentation inégale des dimensions ;

3° Présence d'un trou ou existence d'une dépression à la surface ;

4° La reproduction peut sembler agrandie ;

5° Elle peut être déformée ou disproportionnée.

Ces changements sont dus à des modifications survenues dans les matières qui ont servi à l'opération.

Les facteurs variables jouant un rôle dans ces erreurs sont les suivants :

1° Changement dans les dimensions de l'empreinte ou du modèle par refroidissement pendant l'enlèvement ;

2° Changement dans les dimensions de cette empreinte ou du modèle par changement de température pendant l'investissement ;

3° Changement dans la forme du modèle due à l'élasticité de la cire ;

4° Changement dans les dimensions de la matière d'investissement pendant la prise ;

5° Changement dans les dimensions de la matière d'investissement pendant le chauffage ou le refroidissement ;

6° Effets de la cire ou du modèle sur la matière d'investissement ;

7° Changement dans les dimensions de l'investissement par suite de la pression de l'or pendant le coulage ;

8° Action de l'or fondu sur la matière d'investissement ;

9° Changement dans les dimensions de l'or dans son passage du liquide au solide ;

10° Changement dans les dimensions de l'or en refroidissant ;

11° Déformation du moule dans la matière d'investissement par l'or se refroidissant ;

12° Extension de l'or s'il est tenu pendant le refroidissement.

Si tous ces facteurs variables jouent un rôle plus ou moins grand dans l'erreur finale, le changement dans les dimensions de l'or en refroidissant joue le rôle le plus considérable, et toutes les tentatives faites pour déterminer ce rôle sont demeurées infructueuses.

Causes d'erreur dans la méthode Taggart directe.

La cire est mise dans la cavité à la température où elle est maniable, de 40 à 60° c. On la refroidit dans la cavité pour la rendre ferme et forte à 22° et elle se contracte de 1 ou 2 o/o dans sa dimension linéaire. Si l'on investit à cette température une erreur dans cette quantité définie est déjà introduite pour apparaître dans l'inlay final, à moins qu'on ne la corrige. Si la cire du modèle, formée et refroidie, entoure la dent, couvrant les dimensions extérieures, elle s'étendra en se refroidissant et cette extension corrigera en apparence l'erreur de contraction due au refroidissement ; mais toutes les cires ont de l'élasticité et ne restent pas étendues, ce qui introduit une nouvelle incertitude qui changera l'erreur accumulée. Quand le modèle de cire est investi, sa température détermine en partie sa dimension, car en chauffant de 22° à 42° ou à 61 ; la cire se dilate et si elle n'est pas amenée au point d'amollissement auquel la tension la déforme ou auquel l'investissement en change la forme, l'erreur accumulée due à la contraction de la cire peut être corrigée et même il peut y avoir une

erreur d'expansion. La technique ordinaire ne donne pas la véritable expansion chauffant le modèle pour l'agrandir, il perd de l'élasticité et subit une déformation.

Pendant le chauffage de la matière d'investissement, si celle-ci est de très bonne qualité il peut y avoir une expansion de 1 0/0 ; de 2 0/0 si la qualité est mauvaise, suivant la manipulation ; si cette matière est molle et souple, elle peut être déformée aisément par la pression de l'or pendant le coulage, ce qui cause une erreur qui n'est pas une expansion uniforme.

Quand l'or fondu est mis dans l'investissement, de liquide il devient solide et il se produit une forte contraction ; puis, en passant du point de congélation et de refroidissement à la température normale, la contraction est de plus de 2 0/0. Cette contraction peut être entravée en partie par pression sur l'or en congélation, en partie en tenant ce métal quand il se contracte, par exemple en le faisant entourer une forme solide.

Le rapport de la dimension de cet or coulé à la cavité originale dans laquelle a été fait le modèle de cire varie ainsi considérablement, et l'erreur finale est la somme des changements en plus ou en moins dans la dimension de la cavité.

Façon dont se comportent les diverses matières employées pendant le coulage.

Il faut donc connaître la façon dont se comportent les matières employées pour chaque phase de l'opération et corriger les changements fixes par les changements variables. Le grand changement fixe, c'est la contraction de l'or quand il change d'état et quand il se refroidit à la température normale ; mais les autres facteurs sont essentiels et doivent être établis d'une façon définie pour la fixation des règles fondamentales de l'opération.

Pour avoir des déterminations relativement exactes il faut des instruments d'une grande précision. M. Price en a fait construire tout exprès pour son étude.

Eléments d'erreur dus aux cires servant pour l'empreinte ou le modèle.

Changement n° 1 (v. ci-dessus). — En fait toutes les matières servant à l'empreinte ou au modèle pour les inlays ont les mêmes qualités et la différence de température provient de la base employée pour leur fabrication. Les cires à modeler ne sont pas ce qui convient le mieux pour prendre les empreintes. M. Price en a expérimenté un certain nombre aux divers points de vue. Le coefficient de dilatation de toutes les cires change rapidement avec une augmentation de température ; mais, suivant les bases et les formules. Il a donc fallu étudier les cires de très près, au moyen de deux méthodes.

L'une consiste à mesurer l'expansion directement avec un microscope de comparaison. Le bâton de cire est chauffé au bain-marie et la distance entre les points de repère pris sur ce bâton est mesurée par des vis micrométriques, qui portent deux microscopes.

L'autre donne l'expansion linéaire en millièmes de millimètres et la densité à diverses températures en degrés centigrades des différentes cires.

Les résultats ont été consignés dans un tableau qui indique les limites de manipulation des cires, les changements de dimensions et les changements de température. Ce tableau donne la clef de bien des erreurs. La température minima de la manipulation des cires peut être modifiée légèrement en manipulant la cire. La température maxima est habituellement supérieure à celle à laquelle un modèle fragile de cire pourrait être manié et pourrait conserver sa forme, quoiqu'un bloc de cire le puisse. Ce tableau indique également l'élasticité quand un bâton de cire est courbé de 25 mm., de 12 mm., au minimum de température où il est maniable, refroidi, puis chauffé jusqu'au maximum où il reprend sa forme première. Si une cire déterminée placée dans une cavité au minimum de température où elle est maniable, 47°, et refroidie à 22°, elle se contracte de 12/1000 de ses dimensions linéaires ou de 1,2 0/0, ce qui sera l'erreur introduite si elle est investie à cette température. Si toutefois elle est chauffée au moment de l'investissement et placée dans un investissement à 61°, maximum de la température à laquelle elle est maniable, elle se dilatera de 36/1000 ou de 3,6 0/0. La dernière dimension est 24/1000 2,4 0/0 plus grande que quand la cire à empreinte était dans la cavité.

Un autre tableau indique en diagramme la dilatation exacte des diverses cires à partir de 22° jusqu'à la limite à laquelle elles sont maniables, ainsi que la façon dont se sont comportées toutes les cires essayées. Les déterminations ont été faites sur des échantillons de cire coulée, pour éviter les erreurs d'élasticité qui sont les plus dangereuses parmi celles que rencontre le praticien. Si l'on prend un bâton d'une des cires essayées, si on le chauffe dans un bain jusqu'à la température où il est maniable, si on courbe et si on le tient pendant le refroidissement, on constate qu'il reste courbé en apparence. Mais en le chauffant légèrement, il se redressera de nouveau. Beaucoup des cires essayées sont trop cassantes pour qu'on puisse courber un bâton en boucle, mais elles ont néanmoins une grande élasticité.

L'erreur résultant de cette source est énorme et ce sera toujours une déformation et non une expansion uniforme ou une contraction ; par conséquent elle ne peut être corrigée par une manipulation. Et il n'est pas nécessaire que la cire soit placée dans l'eau chaude ou dans un investissement chaud, car la température d'une pièce chaude suffit. Ainsi deux bâtons de cire du commerce pour inlay furent l'un

étendu et l'autre comprimé au minimum de température où ils étaient maniables et refroidis pendant qu'on les tenait. Ils furent alors coupés de la même longueur 101 mm., fixés à une carte et laissés dans une partie chaude de la chambre toute une nuit. Mesurés froids le matin, le premier s'était raccourci de 6 0/0, le second s'était allongé de 4 1/2 0/0.

Quand la cire est coulée dans un moule, ou refroidie à l'état liquide sans coulée pression, son élasticité est négligeable quand on la chauffe à nouveau, quoique sa contraction primitive soit énorme. Si un bâton de cire est chauffé et dilaté, puis attaché pour qu'il conserve cette expansion (par exemple quand un modèle de cire chaude est fait par la méthode directe dans une double cavité composée — une cavité mésio-occluso distale de molaire), puis refroidi, la cire s'étendra en raison de ce qu'elle est retenue dans chaque cas et s'il est maintenu refroidi, il restera glacé dans cette position ; s'il est chauffé, il ne se dilatera pas, mais se contractera, en raison de son élasticité, d'une partie de la quantité dont il s'est étendu. Faisons deux bâtons de cire de même longueur au froid, l'un formé directement du bâton de cire à modeler, l'autre formé avec un morceau de la même cire, mais travaillée à chaud et étendue en refroidissant. Attachons-les tous deux à la même barre et plongeons-les dans un investissement de plâtre et de silice à une température de 60°. Le premier se dilatera de 3,5 0/0 et l'autre, en se dilatant, se contractera de la quantité représentant son élasticité et même de plus. Si après avoir brûlé la cire on coule de l'or pur dans les deux en même temps, on aura des bâtons différant grandement de longueur, quoique les modèles de cire desquels ils émanent fussent identiques. Un essai donna une barre d'or de la cire coulée non travaillée 2, 7 0/0 plus longue que le modèle et l'autre du bâton de cire manipulé et étendu 6, 7 0/0 plus courte. Le volume des deux masses de cire était le même, mais la forme n'était pas la même.

La seule cire n'ayant ni une grande dilatation ni une grande contraction parmi celles qui ont été essayées est la suivante, recommandée par l'auteur pour prendre des empreintes par méthode de la pierre. Elle a également une élasticité exceptionnellement basse, environ 1/10 de celle des cires à modeler.

Gomme blanche......	110	parties.
Tamarack..........	10	—
Cire d'abeilles pure...	15	—
Paraffine............	10	—
Acide stéarique......	2	—

fondus ensemble et tenus exempts d'eau. Employer aussi froid que possible avec les doigts humides et chauffer seulement la surface légèrement quand on s'en sert.

Le changement total de volume par suite de la température varie entre le quart et la moitié de celui des diverses cires à modeler.

Son avantage consiste en ce qu'elle n'introduit pas une grande erreur par suite de la contraction ou de l'élasticité.

Si une empreinte est prise avec cette cire à sa température de manipulation de 41° et si elle est refroidie à 22°, la contraction n'est que de 0, 6 0/0, tandis qu'avec la cire à inlay noire de S. S. White, elle serait de 2, 3 0/0, erreur qui se reproduit dans chaque cas si le modèle est placé dans la matière d'investissement à ce minimum ou à la température de la chambre de 22°.

Ces erreurs de contraction peuvent être vérifiées en chauffant à nouveau lors de l'investissement, si la cire n'est pas dans un état de tension interne, auquel cas l'erreur d'élasticité peut doubler ou tripler l'erreur d'expansion cherchée et l'erreur ultime est beaucoup plus grande que si le modèle de cire était maintenu froid pendant l'investissement. Les erreurs ou changements dus à l'élasticité ne sont jamais uniformés, mais une véritable déformation de la masse ou d'une partie de celle-ci.

Quand le modèle de cire est investi, on peut avoir accumulé une erreur de contraction dans la dimension du modèle de la cavité, si l'investissement se fait à la température de la chambre, ou de 1 0/0 à 2, 3 0/0 suivant la cire à inlay employée. Si l'on chauffe en investissant on peut avoir produit une expansion apparente de 1, 3 0/0 à 2, 3 0/0. Mais si le changement de volume se produit régulièrement en chauffant, il n'en est pas de même de l'expansion en raison de l'élasticité qui existe toujours quand la cire est refroidie sous une tension.

En obtenant l'expansion de 2, 3 0/0 on peut avoir sur une partie du modèle de cire un changement de déformation linéaire, en relâchant la tension linéaire, de 6 à 10 0/0.

Élément d'erreur dans la prise de la matière d'investissement.

La cause de changement possible dans la dimension de la cavité à envisager ensuite, c'est la prise de la matière d'investissement, mais elle est petite et c'est toujours une expansion. Elle varie avec les matières et est par exemple pour le plâtre de Paris, en fraction de 1 0/0, de 0, 10. Toutefois l'erreur provenant de cette source est si faible comparativement aux autres erreurs qu'elle est négligeable.

Élément d'erreur dans la dilatation ou la contraction de la matière d'investissement en chauffant.

Le changement à examiner ensuite — dilatation ou contraction de la matière d'investissement — quand on chauffe pour brûler la cire, car la dimension de la cavité peut être changée considérablement suivant le procédé employé, est très important à examiner. En géné-

ral tous les composés d'investissement contenant du plâtre et de la silice en excès se dilatent régulièrement avec augmentation de température depuis 480° jusqu'à 600°, tandis que le plâtre ne se dilate que jusqu'à 198°. Au-dessus de ces températures la contraction est rapide en chauffant et toutes les matières se contractent considérablement en se refroidissant comparativement à leurs dimensions quand on chauffe ou avant de chauffer.

M. Price a consigné dans un tableau graphique le résultat de ses essais pour une vingtaine de matières qu'il a étudiées. Ce tableau permet de voir d'un coup d'œil la température à laquelle les investissements doivent être coulés pour assurer le maximum d'expansion du moule et, par suite, la correction à opérer pour atténuer une partie de la contraction inévitable. Pour faire ces mesures l'auteur a imaginé un appareil ingénieux destiné spécialement à l'étude de la dilatation. La matière était examinée dans un moufle de platine chauffé et la température indiquée par le pyromètre.

En choisissant la température de l'investissement quand on coule, on peut constater une variation dans l'augmentation de la dimension de la cavité de 1 o/o ou de diminution de 2 o/o. L'erreur totale, y compris cette phase, peut varier : 1° d'une erreur de contraction accumulée de 3 ou 4 o/o à o sans introduire d'erreur de déformation par l'élasticité ; 2° jusqu'à une erreur accumulée de dilatation ou de contraction de 3 o/o avec des erreurs de déformation par élasticité.

Élément d'erreur dans l'action chimique ou physique possible des cires à empreintes sur la matière d'investissement.

L'erreur possible ensuite — mentionnée dans le titre — est légère et, quand elle se produit, c'est une déformation du moule provenant d'un écaillement de la surface. Elle se produit d'ordinaire quand la cire est brûlée après que l'investissement a séché. Un investissement humide, quand il est chauffé, protège la surface contre la cire par la vapeur qui chasse celle-ci de la surface du moule, au lieu de la fondre à la surface. L'erreur provenant de cette cause est une déformation et non un changement uniforme dans la dimension de la cavité.

Élément d'erreur dans la pression de l'or fondu sur l'investissement.

L'erreur à considérer ensuite provient de la pression de l'or fondu sur l'investissement. Elle est considérable si ce dernier est mou en raison d'un excès de silice, ou de plâtre ou d'un mélange trop liquide, ou d'un chauffage trop rapproché du malaxage avant que le plâtre se soit solidifié, ou d'une pression trop forte. La force de la matière d'investissement quand celle-ci est froide est beaucoup plus grande que quand celle-ci est chaude. L'auteur s'est livré à des expériences avec un appareil comparateur et a enregistré dans un tableau gra-

phique les résultats de la pression sur un bloc cubique froid de 45 centimètres carrés des diverses matières d'investissement prises dans des conditions idéales pour un maximum de force.

La pression était produite par une surface ronde plate et unie de 3 millimètres de diamètre et de 7 millimètres cubes de surface.

Pour démontrer la facilité avec laquelle l'investissement se brise s'il n'est pas supporté, l'auteur a fait l'expérience suivante : il a rempli un grand anneau à investissement d'une matière à investir autour d'un petit noyau de cire fixé à un tube de verre avec un rebord pour le maintenir dans l'investissement et il a brûlé la cire comme à l'ordinaire. Il a rempli la cavité de mercure jusqu'à ce que celui-ci fut visible dans le tube en amenant la pression de l'air par un tube de caoutchouc placé au-dessus du tube de verre. La force d'éclatement de la pression du mercure à l'intérieur est suffisante pour faire éclater l'investissement s'il n'y a pas d'extrémités à l'anneau, en dehors du sommet et du fond de l'anneau, même avec une pression de 10 kilogs par 6 cent. cubes 45. Les conditions ne sont pas alors identiques à celles où la pression de l'air est employée pour le coulage, auquel cas elle est appliquée au sommet de l'investissement aussi bien qu'à la colonne de métal passant dedans. Le coefficient de dilatation de tous les investissements quand on chauffe est de plusieurs degrés inférieur à celui des anneaux de métal qui par suite ne peuvent pas supporter l'investissement hermétiquement, ce qui amène une fracture légère ou une déformation légère. Un moyen de mesurer la déformation, c'est de couler simultanément une barre et un anneau fixés à la même barrière de scories (?) dont le modèle de cire a été fait avec la cire qu'on a laissée échapper pour lui enlever son élasticité en la chauffant plusieurs fois presque jusqu'à son point de fusion avant de modeler finalement. On donne à la barre de cire une longueur déterminée et l'anneau est fait pour passer au-dessus de la base d'une colonne terminée en pointe. Dans chaque cas le changement de dimension pour un changement de température sera le même et peut aisément être déterminé d'après les indications données. En fait tous les changements de dimensions seront le même pour les deux morceaux, sauf que les changements de déformation de l'investissement par pression se montreront aux extrémités de la barre et au dedans de l'anneau. Dans le premier l'erreur le fera paraître plus grand et dans le second plus petit. Ce n'est pas un changement d'expansion uniforme, mais une déformation inégale. Les erreurs possibles dues à cette cause sont si grandes qu'elles font employer d'ordinaire une basse pression pour un investissement mou et nécessitent l'emploi d'un modèle dur ou d'un investissement dur pour couler si l'on applique une haute pression. Les erreurs de surface dues à des bulles d'air ou de matières organiques dans l'investissement doivent être considérées comme des

erreurs de déformation de la surface et s'élèvent généralement à quelques millièmes. Une quelconque de ces causes de déformation peut empêcher une reproduction qui serait fort exacte sans cela de s'ajuster et est considérée faussement d'ordinaire comme une expansion uniforme, même si elle accompagne une contraction véritable. Les deux premières de ces déformations sont évitées quand on coule dans un modèle dur de pierre par exemple, et les inconvénients de la seconde sont notablement réduits.

Il est impossible d'exprimer les erreurs de déformation en pourcentage d'augmentation ou de diminution dans la dimension de la cavité, mais elles représentent d'ordinaire pour un diamètre ou une surface une grande augmentation qui empêche les inlays de s'ajuster exactement à toutes les surfaces pour les différences de 1/4 de mm.

Action de l'or fondu sur l'investissement.

L'action d'or fondu sur l'investissement n'est pas une cause de grande erreur dans les investissements les plus nouveaux contenant une forte proportion de silice ; mais il n'en était pas ainsi dans les investissements anciens qui contenaient des ingrédients fusibles, comme le verre à la soude.

Contraction de l'or en refroidissant.

L'erreur universellement grande et fixe qui se rencontre dans tous les procédés, c'est le coulage de l'or et la contraction qui accompagne son refroidissement à une température normale. Cette erreur est divisée dans le changement de dimension qui accompagne le passage de l'état liquide à l'état solide et la contraction du point de solidification de l'or à la température normale.

S'il n'est pas très difficile de déterminer le changement de dimension de l'état cristallisé à la température normale, il est extrêmement difficile de déterminer exactement le changement de volume qui accompagne ce changement physique. En 1908 M. Price a déterminé la contraction linéaire de l'or de son point de cristallisation à la température de la chambre ; elle est de 2,25 o/o ; mais ces déterminations n'ont pu être faites que depuis et jusqu'à la température où les barres d'or avaient encore une force considérable et ne comprenaient rien du changement de dimension avec le changement d'état ni les changements survenus près de la température de cristallisation.

Depuis cette époque l'auteur a continué ses recherches pour déterminer exactement ce qui se passe quand l'or cristallise. Une des méthodes employées a consisté à en couler dans des chambres de quartz fondu de dimension connu et à mesurer la contraction directement. Le quartz fondu a les qualités voulues pour cette détermination, car son changement de dimension avec la température est d'en-

viron le 1/40 de celui de l'or et son coefficient de changement est exactement connu. Pour cette détermination il fallut mesurer le volume de l'or à l'état fondu, puis à l'état froid et en même temps l'effet de la pression sur le siège de la contraction quand la colonne cristallisait, la pression sur un point quelconque était égale au poids du métal qui est au-dessus.

Expériences pour déterminer la contraction de l'or.

L'or étant environ 19 fois 27 plus lourd que l'eau, une colonne d'or fondu de 45 centim. de haut aurait au fond une pression égale à la pression atmosphérique ou à une colonne d'eau de 9 m. 15. En faisant cristalliser une colonne d'or fondu d'une hauteur et d'un diamètre déterminés sous son propre poids, la réduction de volume totale serait la différence entre le volume de la colonne fondue et la même colonne refroidie. La contraction de la colonne refroidissante après cristallisation étant mesurable, la différence serait le changement dû au changement d'état. L'effet de la pression sur la masse refroidissante serait exactement indiqué par la réduction relative dans la section transversale à un point quelconque, puisque la masse s'est refroidie sous son propre poids, si la colonne fondue avait des côtés parallèles d'une distance connue. Pour cela M. Price fit une chambre de quartz fondu de 25 c. de haut, de 1 c. de large et de 2 mm. de section, en plaçant ensemble quatre morceaux de cette substance, deux de 3 cent. de large étant à 1 c. l'un de l'autre, entre deux morceaux de 7 c. de large. Les deux bords intérieurs des deux morceaux étroits étaient meulés très exactement d'une extrémité à l'autre à 1/400 de mm. pour mesurer exactement la réduction exacte en section transversale de la colonne d'or à toutes distances du sommet de la colonne ou à toutes les pressions jusqu'au maximum. L'extrémité inférieure de la chambre était fermée et les surfaces supérieures étaient meulées, plates et unies pour placer une coiffe plate sur la chambre de façon à produire une colonne d'or fondu remplissant exactement la chambre. Un grand moufle électrique fut confectionné pour recevoir et chauffer le vaisseau de quartz. Une fois fondu le quartz ayant une expansion et une contraction moindres avec un changement de température que toute autre substance, il était impossible de tenir ensemble les morceaux de quartz à la température élevée de l'or en fusion sous l'énorme pression de la colonne de 35 centim. d'or fondu. Une colonne de 10 cent. était la plus haute qui pût être soutenue ; elle donnait des sections transversales mesurables jusqu'à la pression pour déterminer l'effet de la pression sur le siège de la contraction. La chambre de quartz fondu reçut alors la forme d'un tube continu avec l'extrémité inférieure fermée et l'extrémité supérieure meulée plat comme auparavant. Cela permit la détermination de changement total de volume

du liquide à la température normale, sans possibilité de mesurer en même temps l'effet de la pression sur le siège de la contraction. Un four spécial fut construit avec moufle avec résistance en fil de platine de nouveau pour chauffer cette chambre de quartz remplie d'or. Un pyromètre thermo-électrique fut placé à la base de la chambre pour indiquer la température. Quand la chambre fut plus que pleine d'or fondu, le couvercle meulé plat en pierre artificielle et chauffé fut placé sur la chambre et pressé, refoulant l'excès tandis que la température était maintenue au point de fusion par le pyromètre et le rhéostat. Cela fut répété cinq fois et l'or fut pesé avec grande exactitude. Ce calcul du changement de volume est basé sur le mesurage de la différence entre le changement de volume du quartz fondu et de l'or, ce qui donne le changement de volume de l'or, celui du quartz fondu étant connu. Ce dernier changement a été calculé très exactement par M. Minchian de la section de physique de l'Université de Michigan à 1.500.000 près par la méthode suivante.

Un rayon de lumière monochromique fut projeté au travers d'un cylindre de quartz à mesurer à façon à produire des anneaux d'interférence et, comme le cylindre se dilatait en étant chauffé, les anneaux s'éloignaient vers le dehors à chaque longueur d'onde additionnelle de distance entre les surfaces de réflexion. En d'autres termes les divisions de l'échelle employée pour mesurer étaient les ondes lumineuses elles-mêmes. M. Minchian avait trouvé le coefficient d'expansion linéaire (expansion par degré) du quartz fondu constant à 950° et égal à 0,000000449. La dilatation cubique est environ le triple de l'expansion linéaire. Le volume de la chambre de quartz fondu fut déterminé en pesant le mercure qu'elle contenait, en faisant les corrections pour la température et la légèreté de l'air, etc. et en mesurant le poids du mercure employé. Ces déterminations donnèrent le volume de la chambre de quartz fondu à 0° égal à 3 cc. 679 et au point de fusion de l'or (1064°), cette valeur plus la dilatation cubique du cylindre de quartz fondu à cette température, ce qui, en se servant des valeurs de Minchian pour l'expansion du quartz, donne $1 + 3 \times 0,000000449 = 3$ cc. 686.

Pour réduire le poids de l'or froid qui remplissait la chambre une fois fondu en volume, son poids spécifique fut déterminé en pesant dans l'eau dans une balance et trouvé égal à 19,267 à 0°. Le poids de l'or froid qui remplissait la chambre après fusion fut déterminé par cinq essais et trouvé égal à 3 cc., 305.

Le pesage de l'or et du mercure fut fait avec le plus grand soin avec un instrument extrêmement sensible, à une distance de 3 m. 144 de la balance dans un cabinet séparé ; les poids sont mus par un mécanisme placé dans la double vitrine entourant la balance. Les lectures se font au télescope. Il faut deux heures environ pour une seule pesée.

La contraction totale de l'or entre 0° et 1064° = 3 cc. 686 — 3 cc. 305 = 0 cc. 381 ; la contraction par cc. = 0,1153 ; le changement de volume ou contraction totale est de 11,53 o/o. Le changement linéaire étant le 1/3 du changement cubique, la contraction linéaire totale de l'or est de 3,84 o/o de l'état de fusion à 0°.

Pour trouver la partie de ce changement due au changement d'état, il faut soustraire la partie qui se produit après la cristallisation de l'or. Elle a été calculée à 2,25 o/o linéaire ou à 6,75 o/o en volume. Afin de corriger ou de vérifier ces mesures elles furent répétées avec grand soin pour écarter toute chance d'erreur, telles que la radiation. Deux bancs du même or furent faites de longueurs différentes : l'une de 12 cent. 619 de long et de 6 mm. de diamètre, l'autre de 16 c. 201 et de 6 mm. de diamètre. Un moufle à résistance de platine fut fait pour chacune, s'adaptant parfaitement à l'or, avec un couple thermo-électrique fixé à la barre au centre du moufle et isolé de l'or. Les extrémités de la barre furent couvertes de plaque de mica pour réduire le rayonnement en ce point. La barre fut chauffée lentement et des mesures furent prises aux extrémités à 50° d'intervalle jusqu'au point de courbure. Ces mesures furent faites très soigneusement avec un comparateur donnant le 1/4000 de mm. Mais il y avait du rayonnement aux extrémités de la barre, erreur qu'il fallut corriger. Puisque deux barres semblables présentent la même erreur par rayonnement aux extrémités exposées, une section au centre de la barre la plus longue, laissée après retranchement de la barre la plus courte, représentera l'expansion vraie, toutes les erreurs de rayonnement ayant été écartées par ce retranchement. Ainsi la section de 50 mm. au centre de la barre de 175 mm. après retranchement de la barre de 125 mm. sera exempte d'erreurs de rayonnement.

L'auteur a exprimé par un graphique ces mesures plus exactes de l'expansion de l'or pur jusqu'à son point de fusion. Elles changent la 2e décimale des calculs originaux, en donnant 2,20 o/o de dilatation linéaire, au lieu de 2,25 et 6,60 o/o de dilatation en volume, au lieu de 6,75 o/o. Cette contraction de l'or après cristallisation, soustraite de la contraction totale, donne la contraction qui se produit avec le changement d'état physique, savoir 11,53 — 6,60 = 4, 93 o/o de changement cubique, dû à la chaleur latente de fusion, et 3,84 — 2,20 = 1,64 o/o de contraction linéaire, due au changement d'état sans changement de température.

On peut affirmer que quand l'or pur est fondu et refroidi, ces changements de dimension se produisent, et c'est là un des facteurs fixés le plus rigoureusement auxquels nous devons adapter notre technique. En d'autres termes nous devons systématiquement produire une erreur définie ailleurs pour neutraliser ou corriger cette partie de l'erreur qui ne peut pas être évitée.

Réglage du siège de la contraction de l'or.

Fréquemment lors du coulage on constate un trou ou une dépression dans le côté de la coulée ou même une séparation complète entre la scorie et l'inlay. C'est là le résultat de la contraction due au changement d'état ; mais c'est une erreur que nous pouvons maîtriser complètement. Si nous ne pouvons empêcher la contraction due au changement d'état, nous pouvons en régler le siège, c'est-à-dire nous pouvons, en refoulant l'or fondu de la scorie pour remplacer la contraction accumulée dans l'inlay, faire apparaître dans la scorie toute la contraction due au changement d'état. Cela ne peut se faire qu'en mettant l'or fondu dans la scorie quand celui de l'inlay est cristallisé, ce qui s'obtient le mieux en mettant la masse d'or dans la scorie en forte proportion avec celui de l'inlay et en recourant à une pression assez élevée pour refouler l'or en dedans, c'est-à-dire en ayant une barrière relativement grande et en chauffant suffisamment l'investissement pour que l'or ne se refroidisse pas rapidement dans la barrière. Une haute pression permet non seulement de régler complètement cette partie de la contraction, mais encore de maîtriser un peu plus de la contraction par la pression, car tant que la pression s'exerçant sur la colonne d'or est plus grande que la force de l'or, ce dernier bougera.

L'auteur a également représenté par un graphique l'effet de la pression sur l'or et ses alliages quand ils ont changé d'état et se cristallisent vers zéro.

Réglage de l'or par addition d'aluminium.

226 grammes de pression sur une surface de 8 millimètres carrés ne déplacent l'or pur que de 18° au-dessous de son point de fusion, et si l'on y ajoute 0,2 o/o d'aluminium, la force du cristal est si réduite que cela déplace l'or de 293° au-dessous de ce point. Une pression de 680 grammes sur la même surface déplace l'or pur de 125° au-dessous de son point de fusion. Il est évident que ces pressions ne peuvent être employées que pour couler dans une substance très forte si l'on veut conserver les surfaces de la cavité sans déformation. La contraction normale se produira dans la marge de température de refroidissement au-dessous du point où la pression exercée déplace la masse qui se solidifie, et, avec l'or pur et la pression qu'on peut appliquer en toute sécurité aux investissements ordinaires on ne peut songer à faire plus que régler la contraction due au changement d'état, quoique avec un investissement dur et résistant nous puissions faire un peu plus. Cela donne en général 2,2 o/o d'erreur de contraction ne pouvant être empêchée par la technique ordinaire, et cette erreur doit être corrigée en introduisant systématiquement ailleurs

une erreur d'expansion suffisante pour y remédier, ou bien l'on doit préparer mécaniquement la cavité en biais partout et brunir un métal flexible sur ce bord. Toutefois ce procédé n'obvie qu'aux difficultés provenant du raccourcissement ou du retrait de l'or d'un bord d'une dimension intérieure ; il n'obvie pas à celles provenant du raccourcissement d'une dimension extérieure, par exemple quand le métal dépasse une surface extérieure, dans une double cavité composée ou une base de couronne, où, au lieu de la contraction retirant le métal d'un bord ou d'une surface, la contraction le tire vers celle-ci.

Réglage de l'or en coulant dans un modèle de pierre artificielle.

Heureusement nous avons un moyen de corriger une grande partie de cette catégorie d'erreurs très ennuyeuses, en tenant l'or qui se contracte si rigoureusement qu'il est contraint de s'étendre. On y parvient en faisant le moule dans lequel on coule avec une matière si solide que l'or en se refroidissant ne peut pas le briser, et est obligé de s'étendre. Cette matière, pierre artificielle, est un ciment au silicate qui s'obtient en fondant ensemble :

Silice pure..................	20	parties.
Chaux hydratée..............	19	—
Oxyde d'aluminium...........	42	—

à une température de 1700°. On réduit en poudre, on ajoute des parties égales de débris de poterie fortement vitrifiée et après un mélange complet et un broyage on obtient un modèle très dur quand c'est malaxé avec de l'acide phosphorique. Ce modèle ne durcit qu'après avoir été chauffé à sec. Il faut avoir grand soin d'avoir des matières pures de façon à obtenir un modèle donnant une contraction de zéro au moment de la prise. On peut aussi l'obtenir en fondant :

Kaolin..................	3	parties	en poids
Chaux hydratée.........	1	partie	—
Oxyde d'aluminium......	1	—	—

et en procédant comme ci-dessus.

Quand des inlays pour double cavité composée sont coulés en or pur dans un modèle semblable, l'or est étendu et maintenu.

Réglage de l'or en coulant sur des barres de platine iridié passées au travers.

Un autre moyen d'empêcher l'or de se contracter ou de le faire s'étendre quand il se contracte, c'est de le couler sur des barres de platine iridié passées au travers. On en retient ainsi une grande partie si la proportion de platine iridié par rapport à l'or pur est grande, autrement la barre elle-même se contractera. Si la barre n'est pas au centre de la masse, le tout sera roulé par une contraction inégale. Ces barres répondent à un double but dans les inlays en donnant

une augmentation de force juste où cela est nécessaire. Les employer dans les cavités doubles composées quand elles sont réunies par une marche étroite et peu profonde dans la face occlusale et dans la marche occlusale des cavités proximales. Ce procédé ne corrige pas toutefois plus de la moitié de la contraction normale, car cela dépend de la relation des masses de chaque espèce, platine iridié et or pur, et de la forme du coulage.

Les changements de dimension indiqués dans cet article comme accompagnant principalement la méthode Taggart sont communs à la plupart des méthodes d'inlay plus ou moins, et le procédé commun à toutes — la fusion et le refroidissement de l'or — obéit aux mêmes lois. C'est là le principe sur lequel toute technique doit être basée ; il se formule ainsi : l'or fondu occupe approximativement 1/9 d'espace de plus que quand il est à la température normale, et immédiatement après son changement d'état il occupe approximativement 1/15 d'espace de plus qu'à la température normale.

L'or peut être déplacé, quand il change d'état, par la pression qui permet de déterminer ou de régler le siège du déplacement dû au changement d'état. Le siège du reste du changement de dimension ou de contraction ne peut être réglé qu'en faible partie par la pression, à moins qu'on n'emploie une très haute pression et qu'on n'ajoute un petit pourcentage d'aluminium à l'or pour changer sa loi de cristallisation.

La contraction après cristallisation de 2,2 o/o linéaire ou de 6,6 o/o en volume ne peut être corrigée que par la compensation, c'est-à-dire en élargissant uniformément le modèle destiné à recevoir l'or.

Résumé des changements de dimension causés par chaque phase de la technique du coulage.

1re *phase.* — En enlevant le modèle de la cavité nous le refroidissons et nous réduisons son volume de 1,8 à 10 o/o, ce qui est une contraction linéaire de 0,6 à 2,3 o/o, la contraction en volume ou cubique étant le triple, ce qui fait une erreur de contraction totale de 2,8 à 4 o/o avec celle de l'or de 2,2 o/o. Cela suppose que le modèle a été investi à sa température réduite de 22°.

2e *phase.* — Si le modèle de cire est chauffé quand il est investi à la température à laquelle il était quand il a été placé dans la cavité, l'erreur de contraction totale peut être réduite à celle de l'or, 2.2 o/o, et s'il est chauffé à une température plus élevée que quand il était placé dans la cavité, on peut avoir une expansion du modèle au-dessus de sa dimension ou de sa forme originale de 1,3 à 2,4 o/o ou suffisamment en apparence pour corriger l'erreur fixe de l'or. Mais il n'y a pas de cire possédant assez peu d'élasticité pour conserver sa forme quand elle est chauffée même à la température originale à laquelle

elle a été placée dans la cavité, sans parler d'une plus élevée, car en chauffant un modèle moulé d'une des cires sur le marché on peut introduire des erreurs de déformation plusieurs fois plus grandes que l'erreur à corriger. On est donc forcé, jusqu'à ce qu'on trouve une cire meilleure, d'investir à la température la plus basse et d'opérer avec une erreur accumulée de 2,8 à 4,6 o/o (contraction de la cire et de l'or), suivant le modèle de cire employé.

4e *phase.* — On peut ignorer le changement de dimension de l'investissement pendant la prise et passer à celui qui est dû au chauffage et au refroidissement de l'inlay.

5e *phase.* — Le chauffage de l'investissement donne le choix, suivant la technique, d'une expansion de 1 o/o ou de moins, si après avoir chauffé un mélange clair avec un excès de plâtre, on le laisse refroidir avant le coulage. Si l'on coule à la meilleure température pour l'expansion maxima, l'erreur totale représentera à ce point une contraction de 0,8 à 3,6 ou même de 6,6, si l'investissement s'est contracté, au lieu de se dilater.

6e *phase.* — L'effet de la cire sur l'investissement n'est pas une source d'erreur importante.

7e *phase.* — La pression de l'or sur la matière d'investissement produit toujours une erreur de déformation sérieuse si cette matière est très faible et la pression élevée. On l'évite entièrement sur les surfaces de la cavité de l'inlay en coulant dans un modèle dur dans l'investissement.

8e *phase.* — L'action de l'or sur l'investissement peut être négligée comme étant légère.

9e *phase.* — Le changement de dimension dû au changement d'état est corrigé par la pression ; il se présente sous forme d'un défaut dans le côté de l'inlay et non d'une contraction uniforme.

10e *phase.* — La contraction de l'or solidifiée a déjà été comprise comme une contraction de 2,2 o/o.

11e *phase.* — La déformation du moule de l'or qui se refroidit comprend toutes les conditions dans lesquelles l'or entoure un investissement qui n'est pas assez fort pour conserver sa forme quand l'or se contracte, en permettant des déformations telles que l'éclatement du noyau dans une base de couronne ou entre les parties pulpaires mésiale et distale d'un double inlay composé.

En résumé cette erreur est la contraction de l'or solide. Elle se corrige dans la phase suivante.

12e *phase.* — La tenue de l'or qui le fait s'étendre se fait sur un modèle dur ou sur des barres de platine iridié dans sa masse, ce qui permet de régler presque toute l'erreur due au raccourcissement de la dimension extérieure de la masse d'or, si celle-ci n'est pas trop forte proportionnellement à la masse de pierre artificielle ou d'autre

matière dure dedans. Mais ceci ne s'applique qu'à l'or entourant un noyau, tel que le diamètre mésio-distal de la masse d'or entre une obturation mésiale et distale dans une double cavité composée où les cavités sont unies au travers de la surface occlusale, ou bien où l'or entoure une masse telle qu'une base de couronne ou un anneau.

M. Price a une colonne de cuivre conique sur laquelle beaucoup d'anneaux de cire ont été faits et coulés par divers opérateurs et diverses méthodes et les seuls anneaux aussi grands réellement que le mandrin sur lequel ils avaient été formés étaient ceux coulés sur une pierre artificielle, et, en se servant d'une nature de pierre qui se dilate en prenant, ces anneaux passeraient au-dessus de la base du mandrin ou de la colonne conique aisément.

On est donc en présence d'une erreur de contraction finale des dimensions intérieures de 0,8 o/o au minimum jusqu'à 3 et même 6 o/o, suivant les matières et la technique employées, qui empêchera une restauration d'or de se faire sur place au-dessus d'une dimension extérieure. Dans ce cas, si l'on peut être maintenu il peut être étendu pour corriger ainsi cette erreur très sérieuse. Les erreurs de surface et de déformation peuvent être considérables; elles peuvent être prises pour des erreurs d'expansion et suffisent généralement pour empêcher une reproduction qui serait parfaite autrement ; par suite la confection d'une jointure de 1/400 de mm. à chaque point autour des cavités en coulant un inlay parfait est impossible. La contraction de l'or qu'on ne peut régler rend la chose impossible physiquement.

Réglage final en taillant en biais les bords de la cavité et en brunissant l'inlay.

Il faut donc employer un moyen mécanique pour fermer à 1/4000 de mm. chaque partie du bord d'un inlay, ce qui peut se faire même avec toutes les erreurs qu'on ne peut rectifier même dans la meilleure technique, en préparant toutes les cavités avec des bords en biais et en faisant une bordure d'or en forme de ciseau pour couvrir chaque bord de la cavité, bordure qui doit être en métal souple qu'on brunit et finit sur la dent quand le ciment est mou. Cela comporte uniquement de l'or pur pour les bords et on en augmente la force où cela est nécessaire en y ajoutant du platine iridié, de préférence sous forme de barres passées au travers.

(*Dental Cosmos,* mars 1911.)

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS CHEZ LA SALAMANDRE, LA GRENOUILLE, L'ORVET ET LE LÉZARD VERT

Par Charles S. Tomes M. A.

Communiqué par John Tomes, F. R. S.

Traduit par Ch. Bennejeant.

(Suite et fin).

Dans la limite interne du sac dentaire, on trouve le germe de l'émail du sac dentaire de remplacement (*f fig.* 13); mais, soit que celui-ci s'élève directement de l'épithélium, pour la formation de chaque dent, soit qu'il dérive des cellules formant son prédécesseur, il est très difficile de le déterminer, car la migration du sac naissant masque rapidement son origine et détruit semblable connexion. Chaque fois que les germes de l'émail sont isolés comme dans les fig. 14 et 12, les apparences font supposer que leur origine est complètement indépendante des germes dentaires antérieurs.

Lorsque la dent a atteint ses dimensions complètes et déplacé la dent précédente, la pulpo-dentine formative subit un changement : le caractère distinct de la couche odontoblastique se perd et elle se métamorphose en un réticulum à mailles de tissu connectif, pauvre en vaisseaux, une unique boucle vasculaire étant le plus souvent observée (fig. 11). La dent s'insère à l'os avec plus de fixité que chez la salamandre, car elle se dresse sur un piédestal plus parfait (fig. 11) et n'est pas purement soudée sur lui par son bord libre : ce contrefort le plus interne de l'os (*d* dans fig. 11) n'est pas complet chaque fois, mais est perforé pour admettre les vaisseaux ,et souvent aussi est excavé par le sac dentaire de remplacement.

Chez la grenouille donc, de même que chez la salamandre, il n'existe pas de sillon dentaire, ni de papille dentaire libre et ni aucun procédé d'encapsulation, tel que le concevait Goodsir [1].

---

1. Le professeur Owen (*Odontography*, p. 185) écrit : « Chez la grenouille, le sillon dentaire fait son apparition sous forme d'une papille développée en bas et vers le côté externe d'une petite fissure dans la membrane muqueuse ou germe qui remplit le sillon superficiel au côté interne du parapet alvéolaire et de ses dents adhérentes : la papille est bientôt enveloppée par un procès capsulaire de la membrane environnante ; il y a une petite pulpe de l'émail développée aux dépens de la capsule opposée à l'apex de la dent : la déposition des sels terreux dans ce moule est accompagnée de l'ossification de la capsule, qui procède ensuite pari passu à la calcification de la papille dentaire ou pulpe ; de même qu'à l'exception de sa base, la surface de la partie non calcifiée de la pulpe seule demeure non adhérente à la capsule ». Huxley (*loc. cit.*) signala

Anguis fragilis et *Lacerta viridis* : Les descriptions de ces deux formes peuvent être réunies ensemble pour plus de commodité, puisqu'aucune différence essentielle n'existe entre elles. La zone de développement dentaire forme chez eux une région nettement définie, limitée sur son côté interne par du tissu connectif, exactement comme chez la salamandre et la grenouille ; mais, quoiqu'elle ne soit pas restreinte par des causes étrangères, telle que l'antagonisme des mâchoires supérieure et inférieure, elle ne s'étend pas au loin comme chez la salamandre, car elle ne contient qu'un sac dentaire croissant à la fois (Pl. 47, fig. 16, 17, 18). Le sac dentaire acquiert un revêtement de tissu connectif plus net que chez la grenouille (fig. 19 et coin inférieur de la fig. 22) : mais ce revêtement paraît être dû principalement au déplacement du tissu connectif lâche autour du germe dentaire en voie de croissance et il ne joue aucune part active dans la formation de la dent. La base de la papille dentinaire n'est pas terminée aussi nettement que chez la salamandre et la grenouille, car elle présente une apparence de prolongement au-dessus et autour de la terminaison de l'organe de l'émail (fig. 19).

Le germe de l'émail paraît provenir de celui du sac dentaire précédent (fig. 19) ; une lame est très souvent visible sur le côté du plus ancien, quoique la connexion avec l'épithélium buccal ne soit pas perdue et paraisse être passablement directe (voir fig. 18, 16) : je suis porté à croire que les germes de l'émail ne s'élèvent pas entièrement de l'épithélium buccal a novo pour chaque sac dentaire, mais qu'ils peuvent être justement décrits comme des branches successives d'une tige commune. Un stade plus avancé est représenté (fig. 20) : la papille dentinaire est distincte dans son origine de l'organe de l'émail, elle forme une portion de tissu dans lequel ce dernier plonge et est tout à fait continue avec le tissu connectif, qui forme un revêtement adventif au sac entier et au mur allongé de cellules épithéliales sus-jacentes.

Les cellules qui s'étendent en surface s'allongent pour former une couche odontoblastique ou membrana éboris et la papille dentinaire entière se différencie rapidement des tissus au milieu desquels elle prend son origine.

L'organe de l'émail ne présente aucune particularité spéciale ; la couche interne de cellules est distinctement cylindrique, et l'externe plus sphérique, l'organe de l'émail consistant exclusivement en ces deux couches sans structure intermédiaire (fig. 19, 21).

---

qu'il n'y avait pas de stade papillaire : toutefois, il ne trace pas tous les détails de l'évolution et ne fait aucune mention particulière des inflexions épithéliales : de même dans la dernière partie de la description du prof. Owen, je n'ai jamais observé quelque chose que l'on pût appeler ossification de la capsule, dans le sens où il l'emploie.

Quand un chapeau de dentine coiffé légèrement d'émail est formé, la couche odontoblastique (*o* dans fig. 22) est nettement visible ; et quand elle a été accidentellement déplacée sur une légère étendue, les fibrilles dentinaires découvertes dans les dents humaines par mon père peuvent être vues parcourant la dentine (fig. 22). Au-dessous de la couche odontoblastique se trouve une charpente de tissu aréolaire, presque identique à celle qui occupe la pulpe des dents de mammifères. Ainsi dans les dents de lézard, la pulpe dentaire atteint une haute organisation et se convertit plus tardivement en un simple réticulum de tissu connectif comme chez la salamandre et la grenouille ; et, quoique nous n'ayons aucune base actuelle d'observation pour appuyer nos affirmations, il est probable que la durée de chaque dent, après son insertion à la mâchoire, est plus grande. Quand la dent s'élève, toutes les structures comprises dans le sac dentaire, le revêtement libre externe et mal défini de tissu connectif inclusivement, vont avec elle.

Lorsque son bord externe atteint le niveau du sommet du parapet alvéolaire (comme dans les fig. 16 et 21) il se trouve en contact avec une bande de tissu connectif bien définie, qui court de l'apex de l'os à l'épithélium de surface (*m* dans fig. 21) et, quand aucune dent n'a fait éruption, limite la zone de formation dentaire sur son côté externe.

Celle-là est continue avec le périoste et joue probablement un rôle actif en fixant la dent à l'os ; elle peut être invariablement reconnue lorsqu'une dent va faire éruption, elle était signalée par le professeur Huxley, qui mentionne qu'une membrane peut être tracée de la dent de la grenouille à la surface externe de l'os. La façon précise dont s'effectuent la succession et l'insertion des dents est un sujet de beaucoup d'intérêt, mais qui dépasse plutôt le but de la présente communication.

L'organe de l'émail avec sa double couche de cellules demeure distinctement reconnaissable jusqu'au moment où la dent prend position sur l'os ; comme il n'atteint pas tout à fait la base de la papille dentinaire (v. fig. 21), il ne s'interpose pas entre la dentine et l'apex de l'os et son périoste ; dans la suite, il se perd de vue [1].

On peut voir, lorsque la dent est en place, sur le côté interne l'accollement caractéristique des cellules fidèlement appliquées à la surface de la dent (voir fig.).

Comme cette rangée de cellules s'interpose entre la dentine et la capsule, il est tout à fait certain que la dent ne peut recevoir aucun revêtement par ossification de la capsule.

---

1. Mes préparations ne me paraissent pas indiquer avec certitude absolue la disposition ultime de l'organe de l'émail ; le point demande de nouvelles investigations.

Avant que des généralisations puissent être avantageusement dessinées avec ces observations ou d'autres, le sujet du développement des dents chez les poissons [1] demande à être élucidé ; et les quelques investigations que j'ai commencées dans cette voie ne sont pas encore suffisamment nombreuses pour servir de base à des constatations générales. Les sacs dentaires de l'Anguis fragilis et du Lacerta viridis sont instructifs toutefois, puisqu'ils sont développés au milieu de tissus adultes, tandis que le sac dentaire des mammifères croît au milieu de tissus embryonnaires.

L'identité réelle de la papille dentinaire et d'une telle capsule nous est bien montrée dans la figure 20 où les diverses structures formant la capsule sont continues et confondues avec ce qui forme la papille dentinaire ; pendant qu'au-dessus de ceci on voit clairement l'origine parfaitement distincte de l'organe de l'émail en un procès exclusivement allongé de l'épithélium oral.

La comparaison des sacs dentaires de la salamandre, de la grenouille et du lézard montre plusieurs points de fidèle ressemblance, la différence la plus notable porte sur l'étendue de la capsule dérivée de la base de la papille dentinaire. Chez la salamandre, la papille dentinaire se termine brusquement ne contribuant nullement à la formation d'une capsule externe de l'organe de l'émail, en sorte que le sac dentaire est exempt de capsule (pl. 46, fig. 6). Chez la grenouille elle paraît prendre une part très légère à la formation d'une capsule imparfaitement définie (pl. 47, fig. 15) ; tandis que, chez le lézard, elle se continue distinctement avec une sorte de capsule (pl. 47, fig. 19), qui est reconnaissable à tous les stades du développement de la dent.

A cet endroit, par conséquent, comme aussi par la structure de la pulpe dentaire, le lézard se rapproche plus de la structure du sac dentaire mammifère que des autres.

La question générale très controversée de l'existence d'une « membrane préformative » pourra être profitablement discutée lorsque notre connaissance des sacs dentaires des poissons sera plus complète ; néanmoins, quelques mots peuvent trouver place ici.

Une « membrane préformative » dans le sens duquel les vieux écrivains employaient le terme, c'est-à-dire une membrane couvrant la « papille dentaire » en relation avec le reste de la surface de la membrane muqueuse, évidemment ne peut exister, attendu que les modifications résultant de la formation d'une papille dentinaire prennent naissance loin de la surface, dans la substance compacte de tissu connectif. S'il existe à quelque époque une membrane propre à la papille dentaire, c'est une formation spéciale n'ayant jamais de rapport avec la

1. La seule description digne de confiance d'un sac dentaire de poisson que je connaisse est donnée par le Pr. Huxley dans sa note déjà indiquée plusieurs fois.

membrane basale et d'origine tout à fait différente de celle de la membrane préformative.

Il est possible, toutefois, que le rejeton de l'épithélium buccal puisse porter au-devant de lui, durant sa descente dans le tissu muqueux, une poche de membrane basale, qui se trouverait dans ce cas entre les cellules de l'émail et la papille dentinaire, et appartiendrait plutôt à la première qu'à la dernière. Quoique à priori elles paraissent confirmer cette hypothèse, les apparences présentées par les lames épithéliales chez la grenouille (pl. 47, fig. 14) ne font pas supposer qu'elles soient entourées par une membrane, lorsqu'elles sont comprimées et détruites par une légère pression de précelle ; dans le cas de la salamandre, lors de la rupture par pression d'un sac dentaire et de sa périphérie, je n'ai jamais pu découvrir que des cellules.

Et, de plus, la façon avec laquelle le tissu connectif à l'extérieur de la zone de formation dentaire chez la salamandre envoie ses fibres se ramifiant à travers l'épithélium et atteignant presque sa surface (pl. 46, fig. 2, 3, 5) rend difficile de supposer qu'une membrane basale s'insinue entre lui et l'épithélium. Mais il n'y a pas tant de difficultés dans le cas de la grenouille où la ligne de délimitation de l'épithélium est moins irrégulière ; et on peut admettre à priori que probablement le germe de l'émail est enclos par une membrane basale, si celle-ci existe entre l'épithélium buccal et les tissus sous-jacents ; aussi suis-je incapable de dire positivement si j'ai commis une faute en démontrant l'existence d'une telle membrane.

Explication des planches.

Planche 46

a) Procès dentophore de l'os maxillaire.

b) Epithélium buccal.

c) Mur de cellules épithéliales reliant le sac dentaire à l'épithélium buccal.

d) Jeune sac dentaire.

e) Tissu connectif dense formant la limite interne de la zone de formation dentaire.

f) Lames épithéliales (germes de l'émail de Kölliker) qui finalement donneront des sacs dentaires.

h) Pulpe formatrice de dentine.

k) Chapeau de dentine.

l) Epithélium cylindrique de l'organe de l'émail (cellules de l'émail).

m) Bande de tissu connectif sur le côté interne de la zone de formation dentaire.

o) Couche odontoblastique de la pulpo-dentine.

t) Dent complète.

Figures 1 à 9, de la mâchoire du Triton cristatus.

Fig. 1. — Salamandre non adulte X 50.

Phil. Trans. 1875, Pl. 46.



Phil. Trans. 1875, Pl. 47.



Fig. 2. — Salamandre non adulte (la lèvre est omise dans la figure), X 50.

Fig. 3. — Spécimen adulte. Des dents à quatre stades de développement sont visibles dans la zone, X 50.

Fig. 4. — Jeune sac dentaire dans lequel le chapeau de dentine est à peine formé, X 120.

Fig. 5. — Jeune dent, montrant ses relations avec l'épithélium buccal et avec le germe de l'émail de remplacement, X 200.

Fig. 6. — Terminaison du procès épithélial commençant à former l'organe de l'émail d'un très jeune sac dentaire, X 220.

Fig. 7. — Jeune sac dentaire, vue en surface, formé d'un épithélium tasse, X 220.

Fig. 8. — Très jeune sac dentaire montrant la couche odontoblastique.

Fig. 9. — Apex de dent, avec son chapeau d'émail intact ; on voit aussi la couche odontoblastique, X 400.

Fig. 11. — Lèvre et bord de la mâchoire supérieure d'une grenouille adulte avec les dents en place et en position normale, X 50.

Fig. 20. — Jeune germe dentaire de Lacerta viridis, X 400, de la même section que la fig. 18.

Planche 47

Lettres identiques à celles de la pl. 46.

Fig. 10 à 15. — Grenouille commune.

Fig. 16 à 22. — Anguis fragilis et Lacerta viridis.

Fig. 10. — Section diagrammatique des mâchoires supérieure et inférieure d'une grenouille commune, X 5.

Fig. 11. — Voir pl. 46.

Fig. 12. — Sac dentaire de remplacement au-dessous de la dent en place ; germe de l'émail très distinct, X 120.

Fig. 13. — Sac dentaire de remplacement partiellement logé dans le parapet dentaire de l'os, X 80.

Fig. 14. — Relation du germe de l'émail à la zone de formation dentaire et à l'os maxillaire, X 220.

Fig. 15. — Jeune sac dentaire antérieur à la formation de la dentine, X 250.

Fig. 16. — Mâchoire supérieure de l'anguis fragilis, montrant une dent en position, un sac dentaire de remplacement et le tissu connectif à droite de la zone de formation dentaire, X 40.

Fig. 17. — Mâchoire inférieure du même, X 40.

Fig. 18. — Mâchoire supérieure de Lacerta viridis ; à droite de la dent complète est un sac dentaire très âgé.

Fig. 19. — Jeune germe dentaire d'Anguis fragilis, X 500.

Fig. 20. — Voir planche 46.

Fig. 21. — Connexion du sac dentaire à l'épithélium buccal. La bande de tissu connectif *(m)*, au sommet de l'os, qui prend part à la fixation des dents, est visible (Anguis fragilis), X 150.

Fig. 22. — Apex d'une dent se formant. On voit bien la couche odontoblastique de la pulpe avec les fibrilles dentinaires s'épanouissant dans la dentine, X 300.

(Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1875, 1re partie, p. 285.)

31e ANNÉE. No 17 15 SEPTEMBRE 1911 Vol. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE EN ART DENTAIRE ET NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par Ch. Jeay,

Professeur de Clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris

(Suite et fin.)

Conclusions.

1° L'anesthésie régionale réussit, même au cours des processus inflammatoires, là où l'anesthésie locale échoue généralement. Dans la petite chirurgie elle est donc appelée à remplacer presque complètement l'anesthésie générale, sauf dans le cas de trismus ;

2° Pour nous, dentistes, l'anesthésie régionale du massit maxillaire supérieur pourra être très efficacement pratiquée par la voie buccale en se servant de la gouttière osseuse formée par l'apophyse ptérygoïde contre la tubérosité et sans danger de complication, si l'on prend les précautions suivantes :

a) Stérilisation avec la teinture d'iode de la muqueuse du fond du vestibule au-dessus de l'angle postéro-externe de la tubérosité maxillaire.

b) Piqûre faite à blanc pour être sûr de pratiquer l'injection *péritronculaire.*

c) Ponction exploratrice pour être sûr de ne pas injecter dans un vaisseau.
d) Solutions analgésiques chaudes (entre 45 et 48 centigr.) dans du sérum isotonique. De préférence avec la sérocaïne.
e) Reprendre tous les points anastomotiques et injecter à leur niveau.

3° L'anesthésie régionale alvéolo-dentaire pourra être pratiquée :

A) Pour le *groupe postérieur des molaires* en injectant : 1° derrière la tubérosité maxillaire, comme pour l'anesthésie du massif maxillaire, mais avec des aiguilles dentaires ordinaires de 20 millimètres de long ; 2° au niveau du trou palatin postérieur.

B) Pour le *groupe antérieur des canines et incisives :* 1° en injectant au trou palatin antérieur ; 2° en faisant une injection profonde contre l'os, depuis l'apex de l'incisive latérale jusqu'au trou sous-orbitaire. Dans les cas d'inflammation aiguë et étendue préférer l'anesthésie du massif.

C) Pour le *groupe médian des prémolaires,* en pratiquant l'anesthésie des 2 gr. antérieurs et postérieurs comme décrit ci-dessus.

4° L'anesthésie régionale du maxillaire inférieur pourra être pratiquée selon la méthode de Nogué, c'est-à-dire au niveau de l'épine de Spix, mais en observant les règles suivantes :

a) Stérilisation de la muqueuse avec de l'iode.
b) Piqûre à blanc (injection péritronculaire).
c) Ponction exploratrice.
d) Solution analgésique dans le sérum isotonique chaud (45 à 48°) de préférence avec la cocaïne-adrénaline ou la novocaïne de Corbière et Lindeux et contenant toujours de l'adrénaline synthétique.
e) Injecter au niveau des terminaisons inférieures du massétérin, au niveau du mylo-hyodïen, du trou mentonnier et derrière l'apex des incisives.

ADDENDA

Ne pouvant vous communiquer ici *in extenso* toutes mes observations, je vous donne les plus saillantes :

Pour l'anesthésie du maxillaire supérieur.

OBSERVATION N° 10. Le 28-I-11.

Fiche n° 59.417.

Mme D..., 43 ans.

La malade se présente avec une fluxion de la joue gauche. A l'examen nous trouvons une collection purulente occupant tout le sillon gingivo-jugal depuis la première grosse molaire supérieure gauche jusqu'à la canine du même côté. La 2e petite molaire qui baigne dans le pus est atteinte de périodontite aiguë ; les |3, 4, 5 sont découronnées, infectées et sensibles à la percussion.

L'anesthésie intra-gingivale est impossible à pratiquer efficacement, nous décidons l'anesthésie régionale du maxillaire supérieur gauche pour pouvoir faire les extractions des |3,4,5,6 et l'ouverture de l'abcès.

Solution employée.	Solution de novocaïne adrénaline à 4 o/o. . (Solution de Corbière et Lindeux).	1 cc.
	Solution de novocaïne adrénaline à 2 o/o. . (Solution de Duputel de Creil).	1 cc.
Lieu de l'injection.	1re piqûre : fente ptérygo-maxill. .	1 cc. (S. de C & L.)
	2e — trou sous-orbitaire 1/2	1 cc. (S. de D.)
	3e — — palatin posté. 1/4	
	4e — — palatin ant. 1/4.	

Au bout de 20 minutes, l'anesthésie de toute la gencive est obtenue, les dents ne sont plus douloureuses à la percussion et les extractions des |3, 4, 5, 6 sont pratiquées ainsi que l'ouverture très large de l'abcès au thermocautère sans aucune douleur.

OBSERVATION N° 41.

Le 23-5-11.

Mme S..., 32 ans.

Cette malade se présente avec une telle quantité de dents et racines infectées qu'elle commence déjà des troubles d'auto-intoxication et de dilatation stomacale.

Au maxillaire supérieur droit, les extractions à faire sont si nombreuses et bien groupées (gr. post., gr. ant. et gr. médian) que nous décidons l'anesthésie du massif.

Solution : sérocaïne.............. 2 cc. à 45°
Lieu de l'injection : fosse ptérygo-maxill.. 1 cc. 1/2
— trou sous-orbitaire.. 1/2 cc.

Attente 20'.

Le massif est entièrement pris. Les rameaux molaires (pommette et les extrémités du sphéno-palatin (cornets et cloison) sont insensibles.

Les 7, 6, 5, 4, 1, | sont enlevées sans aucune douleur.

OBSERVATION N° 43. Le 20-6-11.

Mme D..., 25 ans, domestique.

La malade a 22 dents à se faire enlever. Ses gencives sont rouges, infiltrées, parsemées de fistules multiples. Elle désire être rapidement débarrassée pour avoir un dentier et pouvoir se replacer.

Pour éviter le chloroforme on décide de l'opérer en 4 séances.

1re SÉANCE. — Extraction des 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. |

Solution : Sérocaïne à 48°.............. 2 cc. 3/4
Lieu de l'injection : fosse ptérygo-maxil.. 2 cc.
— trou sous-orbitaire... 3/4 cc.

Attente 20'. Les 8 extractions sont faites absolument sans aucune douleur.

2e SÉANCE. — Extraction des 8, 7, 6, 5, 4. |

Solution : Sérocaïne à 48°.................. 2 cc.
Lieu de l'injection : 1° épine de Spix........ 1 cc.
— 2° mylo-hyoïdien....... 1/4 cc.
— 3° massétérin.......... 1/4 cc.
— 4° trou mentonnier..... 1/2 cc.

Attente 20'. Anesthésie complète de tout le maxillaire inférieur jusqu'à la symphyse.

3e SÉANCE. — Extraction des | 2, 3, 4, 5, 6, 7

Solution : Sérocaïne à 46°............ 2 cc. 1/2.
Lieu de l'injection : 1° fosse ptérygo-max. 2 cc.
— 2° trou sous-orbitaire. 1/2 cc.

Les malades étant nombreux dans la salle, nous sommes obligés de faire attendre la malade plus de 25 minutes et pourtant ses 6 extractions, très difficiles, sont pratiquées sans douleur.

4e SÉANCE. — Extraction des |5, 7, 8.

Ici l'anesthésie intra-gingivale est pratiquée.

Pour le maxillaire inférieur.

OBSERVATION N° 21. Le 7-3-11.

Fiche n° 60.745.

Mme R..., 26 ans.

La malade souffre d'un accident muqueux d'évolution vicieuse de dent de sagesse inférieure droite.

La muqueuse est extrêmement gonflée et douloureuse, elle est décollée de la dent ; celle-ci est difficile à saisir et la percussion dénote qu'elle est périostitée. Quand on presse la gencive à son niveau il vient du pus et il y a du *trismus*.

Ce cas nécessite ordinairement le chloroforme et nous tentons, après ouverture lente et progressive des mâchoires, d'éviter la narcose en employant l'anesthésie régionale du groupe postérieur.

Nous estimons que dans un cas aussi douloureux la cocaïne adrénaline serait préférable, mais faute de cette solution toute préparée on emploie de la sérocaïne.

Solution :	Sérocaïne à 45°................	2 cc.
Lieu de l'injection :	1re piqûre : épine de Spix	1 cc.
—	2e — f. ext. branche montte à hauteur des terminaisons du massétérin..................	1 cc.

25 minutes après on a l'insensibilisation parfaite de toute la région et l'extraction de la 8e| est pratiquée sans aucune douleur.

Conclusion : Ce résultat nous paraît très beau, car il nous a permis d'éviter une narcose toujours dangereuse. A noter qu'il est généralement préférable de faire une 3e injection au niveau du nerf mylo-hyoïdien.

OBSERVATION N° 26. Le 12-3-11.

M. C..., 43 ans.

Le malade se présente à notre service parce que depuis deux mois, depuis l'ouverture externe d'un adéno-phlegmon, sa joue gauche reste tuméfiée et il ne peut ouvrir complètement la bouche.

A l'examen nous trouvons un gonflement très net du périoste de la table externe du maxillaire inférieur gauche, au niveau de la 2e et de la 3e grosse molaire. La 2e grosse molaire est atteinte de carie péné-

trante ; au niveau de ces deux dents la gencive est elle-même infiltrée et décollée, la joue est ulcérée par la dent de sagesse qui évolue trop en dehors de l'arcade.

Devant l'impossibilité de pratiquer l'anesthésie intra-gingivale, nous décidons l'anesthésie du maxillaire inférieur, groupe postérieur, après écartement lent et progressif de la mâchoire.

Solution :	Sérocaïne à 45°................	2 cc.
Lieu de l'injection :	1re piqûre : épine de Spix.	1 cc.
—	2e — f. ext. branche montte (extr. du massétérin)..................	1/2 cc.
—	3e piqûre : ligne mylo-hyoïdienne, un peu au delà de l'apex de la 3e grosse molaire....	1/2 cc.

15 minutes après nous pouvons enlever les deux dents et malgré toute la difficulté et la longue durée de l'extraction de la dent de sagesse le malade ne sent absolument rien.

Observation n° 27. Le 12-3-11.

M. L..., 18 ans.

Le malade se présente pour l'extraction de la 2e petite molaire inférieure gauche. Celle-ci est en pleine périodontite aiguë et elle a causé un abcès alvéolo-dentaire assez étendu et rendant très douloureuse toute pression, même légère, sur cette région.

Vu le bon état général du sujet et l'état de la gencive rendant impossible l'anesthésie locale habituelle, nous décidons l'anesthésie régionale du maxillaire inférieur gauche avec la cocaïne adrénaline.

Solution :	Cocaïne adrénaline à 1 o/o.......	2 cc.
Lieu de l'injection :	1re piqûre : épine de Spix.	1 cc.
—	2e — trou menton..	1/2 cc.

(Afin que cette piqûre soit tolérée, l'abcès étant en plein à ce niveau, nous commençons à injecter très bas, en dessous de l'apex de la canine, et nous poussons la presque totalité de l'injection (1/2 cc.) en arrivant au trou mentonnier.)

2e piqûre : ligne mylo-hyoïdienne........ 1/2 cc.
(Entre la 2e et la 3e grosse molaire).

Dix minutes après la pression sur l'abcès n'est plus douloureuse et toute la mandibule est anesthésiée jusqu'à la symphyse. L'extraction de la $\overline{}|\overline{5^e}$ est absolument indolore.

REVUE ANALYTIQUE

Le traitement des dents temporaires. — L'importance d'un massage systématique des gencives. — La carie dentaire comme porte d'entrée de l'actinomycose. — Les dents dans leurs rapports avec la santé publique. — Intoxication iodique mortelle par application préopératoire de teinture d'iode. — Nouvel emploi des diatoriques dans les travaux en or coulé.

Le traitement des dents temporaires.

Après avoir rappelé l'utilité de conserver les dents temporaires cariées au 3e et 4e degré, l'auteur, M. Metz, de Meran, en étudie le traitement préconisé :

Il ne craint pas d'appliquer l'acide arsénieux pour vingt-quatre heures ce qui lui permet d'ouvrir la chambre pulpaire où il laisse un tampon imbibé d'acide phénique et procède après à l'extirpation des filets radiculaires.

Il fait l'obturation des canaux avec la paraffine qui se résorbe facilement et suit la résorbtion physiologique de la racine. Il faut s'abstenir d'employer des substances qui ne se résorbent pas. Il arriverait que la racine s'étant résorbée la substance employée resterait comme un corps irritant dans le maxillaire.

Il soigne les dents atteintes de 4e degré comme les dents permanentes et n'hésite pas à soigner des 4e compliqués, ce qui dans différents cas lui a donné de bons résultats.

(*Zahnarzt. Wochenschrift,* 4 février 1911.)

S.

L'importance d'un massage systématique des gencives.

L'auteur, M. Alex. Sörup, de Dresde, s'occupe des inflammations locales des gencives. Il a obtenu de très bons résultats avec le massage qui accélère la guérison en rétablissant la circulation normale, plus lente dans les parties malades ; la nutrition des tissus environnants est diminuée par la suite. De ce fait, ils se trouvent dans un état de moindre résistance et facilement envahis par les micro-organismes.

Il n'est pas suffisant d'enlever le tartre et de soigner la gencive avec des astringents, il faut continuer le traitement par un massage systématique. Tenir compte de la direction anatomique des vaisseaux.

Le procédé est le suivant :

La gencive est lavée avec une solution d'alcool rectifié ou de la teinture de myrrhe, on y applique l'appareil très simple, qui consiste en un marteau électrique muni de rondelle de caoutchouc, et l'on commence par des mouvements doux au début. On les répète 2 à 3 fois par jour pendant 1 à 2 minutes. Le patient peut lui-même continuer le traitement sans inconvénients.

Le massage devrait être employé comme un traitement prophylactique aussi utile que le brossage des dents.

Dans un cas de rétraction sénile des gencives le traitement produisit un arrêt de la rétraction, et, depuis un an le cas reste stationnaire. Le traitement est de même efficace dans des cas de rétraction précoce des gencives comme on en rencontre chez les femmes enceintes, et dans des cas de dentition difficile. Le massage vibratoire aidé par le massage digital que le patient continue donne des résultats plus rapides.

(*Monatsschrift für Zahnheilkunde*, février 1911.)

La carie dentaire comme porte d'entrée de l'actinomycose.

L'auteur, M. Zilz, fait part de trois cas : un jeune apprenti cordonnier, 15 ans, est atteint d'une actinomycose du maxillaire supérieur et inférieur. Elle débute par des douleurs vives partant de la dent de sagesse supérieure droite se prolongeant vers l'oreille et l'angle de la mâchoire. Au bout de quelques jours, le malade sent sur la joue correspondant à la dent, une tuméfaction de la dimension d'une noisette ; puis trismus progressif, et formation d'une seconde grosseur.

A l'inspection le dentiste put, grâce à un ouvre-bouche, examiner l'état de la bouche qui ne présentait d'ailleurs qu'une modification pathologique. Les deux tuméfactions étaient fluctuantes et séparées l'une de l'autre par un demi-centimètre de peau normale. L'examen microscopique confirma le diagnostic d'actinomycose.

Le malade avait l'habitude de manger des grains de blé.

Les deux autres cas avaient aussi comme point de départ des dents cariées.

(*Vierteljahresschrift f. Zahnheilk.*, Heft IV 1910.)

Les dents dans leurs rapports avec la santé publique.

M. Evans a présenté en 1910, à la 14e réunion annuelle de l'Association dentaire nationale américaine, une communication sur ce sujet, dans laquelle il aboutit aux conclusions suivantes :

1° La moitié environ des enfants des écoles ont besoin de soins dentaires ;

2° Actuellement le quart d'entre eux peuvent payer le dentiste ;

3° Il est du devoir de la profession dentaire de faire payer ses soins par toutes les personnes qui peuvent le faire et de veiller à ce que celles qui ne le peuvent pas les reçoivent gratuitement ;

4° L'inspection dentaire des enfants des écoles doit faire partie de l'inspection physique ;

5° Les cliniques dentaires doivent être dans les écoles situées au centre de la localité, pour que les enfants n'aient qu'un court déplacement ;

6° Le cabinet dentaire peut être installé dans une partie de la salle de réunion séparée par une cloison ou un mur ;

7° Une fiche dentaire doit mentionner la situation financière et l'état physique du patient ;

8° Les dépenses d'installation doivent varier de 1000 à 2000 francs ;

9° Le prix des matières employées pour chaque patient ne doit pas dépasser en moyenne 50 centimes ;

10° L'obturation habituelle doit être l'amalgame ou le ciment ;

11° Les soins doivent toujours être accompagnés d'instructions pour la mastication, l'occlusion et le nettoyage. (*Dent. Coms.*, mars 1911.)

Intoxication iodique mortelle par application préopératoire de teinture d'iode.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* dans le numéro dû 10 mars, signale les graves inconvénients déterminés par la teinture d'iode du nouveau Codex, qui est à 1/10 au lieu de 1/13.

Voici les points importants de cet article :

M. P. de Broé, qui a pratiqué un très grand nombre d'opérations en employant ce procédé, n'avait rien observé de fâcheux, lorsqu'il vit survenir les accidents les plus graves chez un sujet opéré d'une cure radicale de hernie. On avait ainsi chez lui, sans inconvénient apparent, stérilisé le champ opératoire ; mais le lendemain, le malade ayant un peu toussé, on lui fit encore une large application de teinture d'iode sur la poitrine. Alors, très rapidement survinrent un érythème presque généralisé, de l'hyperthermie, de la conjonctivite, des convulsions, du strabisme, de la dyspnée, de la cyanose, tous phénomènes qu'on ne pouvait attribuer qu'à une intoxication iodique suraiguë, ce que confirma d'ailleurs l'autopsie, le malade ayant succombé après 36 heures environ de maladie.

Il ne semblait pas qu'il y eut chez ce malade aucun antécédent, aucune tare susceptible de diminuer la perméabilité des reins, qui du reste ne présentaient pas trace d'une altération ancienne, et on ne peut guère admettre qu'une idiosyncrasie toute particulière.

Aucun fait analogue de décès survenu par suite de badigeonnages iodés effectués dans ces conditions ne s'était produit avant la mise en vigueur des prescriptions du nouveau Codex de 1908. Jusqu'à cette époque, la teinture d'iode était au 1/13 ; elle est maintenant au 1/10 ; son activité est donc, par conséquent, augmentée de près d'un tiers. Déjà des voix autorisées se sont élevées pour signaler les inconvénients de cette élévation du titre de l'alcoolé d'iode et regretter la disparition de la formule de l'ancien Codex.

On vient pourtant de signaler deux faits qui ont été rapportés au dernier Congrès allemand de chirurgie : les Drs Biesalsky et Moskovitz ont observé, à la suite de badigeonnages iodés effectués pour la stérilisation du champ opératoire, deux cas d'intoxication suraiguë s'accompagnant de dermatite intense et de myélite et ayant entraîné la mort.

Ces deux cas, auxquels vient se joindre le précédent, donnent à réfléchir. On ne peut conclure que ces accidents doivent amener les chirurgiens à restreindre l'emploi chirurgical de l'alcoolé d'iode et en particulier à abandonner la méthode de Grossich pour aseptiser la peau avant les opérations. Il est de toute évidence que l'immense majorité des patients supporteront sans le moindre inconvénient les doses d'iode qu'ils absorberont ainsi. Cet opéré lui-même n'avait ressenti aucun malaise de son badigeonnage iodé abdominal préopératoire : c'est seulement à la suite de la révulsion iodée faite le lendemain sur la poitrine que se sont déclarés les phénomènes d'intolérance, dus à l'accu-

mulation du médicament, à son élimination insuffisante, à la transgression de la limite de tolérance du sujet.

Il suffit néanmoins que ces cas malheureux se soient produits pour qu'on envisage la possibilité d'accidents analogues, si exceptionnels qu'ils puissent être, et qu'on tâche d'éviter leur production.

Pour les éviter, il paraît indiqué, pour la stérilisation préopératoire de la peau, de n'employer la teinture d'iode que dédoublée au moyen d'alcool à 95°. L'addition de ce liquide antiseptique, si efficace lui-même, laisserait certainement à la teinture d'iode une puissance de pénétration et une valeur bactéricide suffisantes pour que l'on puisse en attendre la stérilisation recherchée. D'autre part, l'usage de la teinture d'iode ainsi dédoublée mettrait sans doute à l'abri d'accidents graves, même chez des patients présentant vis-à-vis de l'iode l'intolérance la plus marquée.

Dans ce même article, on relève certains cas d'idiosyncrasie qui semblent, *a priori*, incroyables.

M. Soudier a vu plusieurs fois la teinture d'iode produire une cutite intense, surtout chez les enfants chez lesquels on observa également l'apparition d'une albuminerie pouvant devenir grave.

M. le médecin-major Chailly, après une application de teinture d'iode sur le genou, vit également survenir des phénomènes graves (hyperthermie, délire, péritonite).

Nothnagel et Rossbach, dans leur Traité de thérapeutique, citent un grand nombre d'accidents survenus à la suite d'injections de teinture d'iode dans les cavités pathologiques.

Dans 35 cas, ces accidents se terminèrent par la mort.

Bien que la pratique bucco-dentaire ne semble pas devoir exposer à de tels accidents à cause du champ restreint où elle s'exerce, il nous a cependant paru utile de signaler ces accidents toujours possibles.

(*Bulletin commercial de Pharmacie*, mai 1911.)

Nouvel emploi des diatoriques dans les travaux en or coulé.

MM. Seemuller et Angletein indiquent une méthode intéressante de construction des bridges en utilisant les dents diatoriques.

Soit un bridge de trois dents à faire : une prémolaire, deux grosses molaires. On choisit trois diatoriques de la grosseur voulue, on les essaie en bouche sur une cire, et on met au point l'articulation. Il ne faut pas oublier que les dents sont complètement indépendantes de leur base et qu'on ne considère en tant qu'articulation, que les points à retoucher sur les faces triturantes, car il est facile de les élever légèrement, ou de les abaisser lorsqu'on fera la base.

On prend donc une des dents et on se dispose à la recouvrir d'or, au moyen de la presse.

On a dans un bol du revêtement fin, préparé assez liquide ; au moyen d'une spatule, on en introduit une certaine quantité dans le trou de la diatorique jusqu'à ce que celui-ci soit complètement rempli et laisse même passer le revêtement par les deux petits trous latéraux. Cela fait, on ajoute une certaine quantité de revêtement au-dessus du gros trou de la dent, à peu près de la grosseur d'un pois. Cela servira

à tenir la dent, car le revêtement une fois séché, on la prend et on la trempe dans de la cire fondue. On peut également recouvrir la diatorique avec une plaquette de cire de l'épaisseur que l'on désire, ces deux procédés se valant. On met ensuite le point de coulée sur la face triturante, par exemple, puis on entoure de revêtement fin, on met en cylindre avec du gros grain, on laisse sécher le temps voulu, et on coule avec de l'or à 20, puis après le temps nécessaire au refroidissement, on retire la dent dont toutes les faces sont recouvertes, sauf bien entendu la face inférieure. Le polissage est rapidement fait et l'on n'a plus qu'à préparer la base que l'on modèle en cire de la forme et de la grandeur voulue.

Celle-ci une fois prête, on prend chacune des dents, on les pose dans la cire, après les avoir légèrement huilées et chauffées. Après un essai en bouche et un contrôle sérieux de l'articulation, on retire les dents qui laissent dans la base en cire une dépression sous forme d'alvéole. Cet alvéole peut être simple si l'on a pas dégarni la dent de son revêtement intérieur après la coulée, ou présente un léger renflement, si au contraire, le revêtement a été préalablement enlevé. La base est coulée à son tour, puis mise en état, nettoyée et polie. Chacune des dents correspond, par conséquent, à un alvéole, parfaitement exact, il ne reste plus qu'à les fixer, soit à l'aide d'un petit paillon de soudure, soit avec du ciment.

Dans ce dernier cas, afin d'obtenir une rétention plus parfaite on aura eu soin de laisser ce léger renflement correspondant au trou de la diatorique dépourvue de revêtement, on fera également quelques points de rétention à l'aide d'une échoppe, ce qui sera suffisant pour retenir la dent.

(*Journal odontologique de France*, mai 1911.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE DIJON (Août 1911).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

40e SESSION.

Section d'Odontologie.

Par L. SOLAS,
Chef de clinique à l'E. D. P.

Ouverture de la session de l'A. F. A. S. Ouverture de la Section d'Odontologie.

Les inlays métalliques et les aurifications. — Sur un doctoral en chirurgie dentaire européen.

Par une chaleur accablante les membres de la section dentaire se réunissent sur l'invitation de leur président M. Grimaud, le dimanche 30 juillet, à neuf heures du soir, à la brasserie du Lion de Belfort. Il ne semble pas que la température ait lassé les bonnes volontés, les confrères de Dijon et des environs sont venus assez nombreux, et la plus franche cordialité n'a cessé de régner dans cette première prise de contact.

Le lendemain, au théâtre municipal ouverture à 10 h. 1/2 de la séance inaugurale du Congrès. MM. Dumont, maire de Dijon, Cailletet, président du comité local, Lalement, président de l'A. F. A. S., Desgrez, secrétaire général, prennent successivement la parole.

M. Dumont souhaite la bienvenue aux congressistes au nom de la ville de Dijon, il remercie particulièrement les invités étrangers qui ont dû faire un véritable effort, bravant les rigueurs de l'été, pour assister au Congrès.

Il rend hommage ensuite à l'A. F. A. S. pour le grand honneur qu'elle fait à la ville de Dijon en y tenant son 40e congrès.

Il est vrai que la ville avait quelques titres à cet honneur, ville d'études littéraires, scientifiques, artistiques, ayant fourni à la France une pléiade d'artistes, de poètes, de littérateurs, de savants; elle était digne d'être le siège d'un congrès de l'A. F. A. S., et c'est parce que noblesse oblige qu'elle s'efforcera de faire aux congressistes une réception qui les satisfasse.

M. Cailletet, président du comité local en allocution courte et spirituelle, fait l'éloge de l'idée de congrès, il nous parle ensuite des

deux magnifiques volumes édités par l'A. F. A. S. sur la ville de Dijon et désireux de rendre à César ce qui appartient à César, il livra à notre connaissance, les noms des dévoués collaborateurs qui ont réussi à mettre sur pied cette belle œuvre : le colonel Boulanger, MM. Berthiot, Martin, Mathieu, Curtel, Guicherd, Fabre, Verner, Laprugne, Paris, Barbier, Darbaumont, Roux, Drioton, Collot, Hauser, Mairey, Calmette, Drouot, Chabœuf, Moingeon, Toutain, le Ct Espérandieu, Dr Epery, Lorimy, l'abbé Voillery, Claudon, Oursel ; grâce à cette phalange d'élite une œuvre est née qui mettra en valeur la capitale bourguignonne, une de nos plus coquettes villes de France.

M. Lalement, ingénieur des arts et manufactures, président du 40e congrès, prend à son tour la parole. En quelques mots il nous énumère les grands hommes que la Bourgogne a fournis à la France, puis il nous dit combien il déplore la mort du professeur Arloing. Ce savant universellement connu devait présider le Congrès de Dijon, c'est une perte cruelle pour la science que sa disparition prématurée. Puis M. Lalement dans la seconde partie de son discours aborde un sujet d'actualité brûlante, la question du latin dans les programmes secondaires. En mathématicien éclairé, à l'aide d'une argumentation serrée, précise, s'appuyant sur les opinions autorisées de littérateurs et d'économistes, il fait une étude critique extrêmement intéressante de cette question ardue.

On a parlé de crise du français, existe-t-elle réellement, il semble que l'on se soit pressé de l'affirmer. Ne pouvous-nous comme d'aucuns le proposent, étudier notre langue dans nos vieux auteurs français ? Jules Lemaître incline de ce côté. De l'étude des statistiques prises à l'Ecole Polytechnique, il semble résulter que pour la composition française les bacheliers avec la mention Latin Philosophie sont supérieurs aux élèves de l'enseignement moderne tandis que ceux-ci sont supérieurs aux latinistes non philosophes. L'orateur dans ses conclusions en arrive à admettre que l'utilité du latin existe, mais que son étude n'est pas indispensable pour former un esprit cultivé ; d'autre part, le latin retarde l'entrée dans la vie, les sciences deviennent de plus en plus exigeantes, leurs programmes s'allongent de jour en jour. Le latin restera l'apanage d'une élite, mais il ne faudrait pas au profit de cette élite, par des sanctions différentes accordées aux divers baccalauréats, créer des Français de deuxième zone. Des applaudissements saluent l'orateur, latinistes et non latinistes ne peuvent qu'admirer l'impartialité de cette étude fortement documentée, la valeur des arguments présentés, la modération des conclusions.

A 3 heures, ouverture de la section d'odontologie sous la présidence de M. Grimaud. Parmi les congressistes nous remarquons :

MM. Grimaud, président, Siffre, Guérard G. et Guérard A., Soulas, Cernal, Bohl, Kandjean, Maman, Calanne. On lit un certain nombre de lettres d'excuses de M. Godon, Fléty, etc.

M. le président regrette vivement que l'absence d'un certain nombre de confrères oblige à modifier l'ordre du jour de la séance puis il donne la parole aux auteurs de communications.

Les inlays métalliques et les aurifications, par M. Pailliottin.

Après avoir passé en revue les qualités requises d'une obturation idéale, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Cas dans lesquels l'inlay est absolument indiqué de préférence à l'aurification. Indications générales. Patient nerveux, lorsque la durée du travail serait trop déprimante pour eux. Pour ceux auxquels la digue occasionne des nausées. Pour ceux chez lesquels le ligament ou le procès alvéolaire sont malades. Pour ceux dont la denture est très sensible aux impressions thermiques.

Indications locales. — Les cavités proximales des molaires et prémolaires, qui pour être obturées convenablement doivent être ramenées sur la face triturante. Les cavités remontant très haut sous la gencive à moins qu'il ne s'agisse de dents antérieures justiciables de la porcelaine. Les cavités comprenant toute la face triturante des molaires et prémolaires, ou caries sèches du 3e ou du 4e degré nécessitant un inlay couronne. La reconstitution d'angles d'incisives assez étendus où la porcelaine est contre indiquée par suite de l'articulation.

Comme contre-indications à l'emploi des inlays dans les cas où on peut employer l'or, l'auteur ne voit que les petites cavités punctiformes.

Discussion.

M. Siffre, tout de suite se déclare partisan des inlays métalliques ; grâce à leur emploi on peut respecter bien des dents, sur lesquelles on aurait dû faire une couronne. Dans les cas de cavités mésio-trituro-distales de prémolaires en particulier, il nous montre combien l'aurification dans ces cas est difficile, pénible pour le patient, quel temps considérable il faut passer. A quoi aboutit-on dans ce cas ? A rétablir un bloc d'or en U qui s'appuie sur la dent qu'il est chargé de restaurer. Il faut dans ces cas un ancrage minutieux des bords solides. Dans les cas où l'on fait un inlay en U on a un bloc d'or qui peut être façonné de telle façon recouvrant les bords faibles, qu'il les protège, les consolide, pour ainsi dire, prolongeant ainsi leur existence pendant une durée souvent très longue. En somme alors que souvent l'aurification affaiblit la dent, souvent l'inlay la consolide.

M. Siffre fait ensuite remarquer combien de services l'inlay peut nous rendre pour restaurer les faces triturantes des molaires, un inlay bien articulé demande si peu de rétention, que dans un cas il a

pu, ayant une cavité en forme de lentille concave, y sceller un inlay sur une face triturante sans autre moyen de rétention que la couche de ciment nécessaire au scellement. Les résultats ont été parfaits.

Il insiste sur la nécessité qu'il y a à procéder d'une façon particulièrement minutieuse au scellement. On doit laisser durcir le ciment une fois le bloc mis en place sans toucher l'inlay, les moindres mouvements imprimés au bloc par une manœuvre intempestive de polissage, peuvent être une cause de chute ultérieure.

Lors du scellement la manipulation du ciment est également d'une extrême importance. M. Siffre pense que l'opérateur habitué à son ciment obtiendra des résultats aussi bons qu'avec n'importe lequel des ciments spéciaux au scellement des inlays.

Il recommande de ne polir que le lendemain.

Pour ce qui est de la cire à empreintes il pense aussi qu'il faut s'habituer à une marque quelconque parmi les meilleures marques connues sur le marché.

Il signale à propos de la mise en revêtement un inconvénient souvent observé à Paris, surtout où les immeubles sont soumis constamment à la trépidation de la rue : il est courant d'observer un manque d'homogénéité du revêtement sous l'influence de la trépidation, les particules les plus grosses se séparent des plus fines pour se rassembler en une couche assez nettement différenciée ; d'où le conseil pratique de mélanger soigneusement avant de se servir du revêtement.

Il conseille de ne pas trop chauffer avant de couler l'or et quant au titre de ce dernier il préfère l'alliage à 22 ou 23 carats, à l'or pur.

M. Kandjean signale à la suite de la pose d'inlays des mortifications pulpaires ; il admet avec d'autres membres de l'assemblée qu'il faut y voir probablement l'action du ciment sur une pulpe trop voisine.

M. Grimaud souligne comme M. Siffre la différence entre l'inlay et l'aurification au point de vue mécanique surtout. Dans un cas l'inlay soutient souvent la dent, dans un autre cas l'aurification demande à être soutenue par la dent.

M. Arnal, à la suite de nombreux cas pratiques, demande à M. Pailliottin s'il n'a pas remarqué comme lui un rehaussement de l'articulation chaque fois que l'on place un inlay. Un inlay en cire peut être parfaitement articulé lors de la coulée, il se produit une augmentation de volume, et ce qui paraît le plus curieux, c'est que cette augmentation porte uniquement sur la surface triturante.

M. Pailliottin s'associe entièrement aux remarques de M. Siffre, il ne peut que corroborer les opinions émises par celui-ci.

A M. Kandjean, il répond qu'il a rarement vu de mortification pulpaire consécutive à la pose d'un inlay parce que lorsque une pulpe lui paraît trop exposée, il la dévitalise avant de construire son obturation.

Il ne peut qu appuyer les dires de M. Arnal ; lui aussi a remarqué cet épaississement de la face triturante des inlays, il attribue dans une certaine mesure cet épaississement à la présence de l'épingle qui, lorsqu'elle est placée légèrement chauffée sur la partie triturante de l'inlay en cire, attire une petite masse de cire ayant une forme grossièrement conique. Cependant il a remarqué aussi que lorsqu'il fait des bridges coulés beaucoup plus étendus comme surface, il trouve également le même défaut étendu à toute la face triturante. Dans ce cas il semble que l'influence de l'épingle doit être écartée, que faut-il incriminer ? La façon de couler, le revêtement, ce point reste à élucider.

M. Grimaud commence par déclarer qu'il ne peut admettre les opinions de M. Pailliottin qui a parlé dans sa réponse de la nécessité de faire un bridge s'appuyant sur des dents saines par des inlays, des pivots, des couronnes, tout de suite il se déclare adversaire de celui qui fait un trou dans une dent saine, donc pas d'ancrages par inlays. Lorsqu'il parle de la pose d'un inlay cependant la technique et les explications ci-dessus ne peuvent que rallier son opinion.

SUR UN DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE EUROPÉEN, PAR M. SIFFRE.

M. Siffre amorce en quelques mots une communication qui intéresse l'avenir de notre profession.

L'auteur s'émeut de voir qu'un certain nombre de nos élèves vont aux États-Unis chercher un diplôme de docteur en chirurgie dentaire, les frais de voyage, d'entretien à l'étranger sont suffisamment élevés pour enlever à un grand nombre la possibilité de les assumer. Puisque le titre de docteur paraît être fort goûté par un grand nombre, M. Siffre se demande s'il ne serait pas possible de créer en Europe, après entente entre les divers États qui l'accepteraient, un doctorat en chirurgie dentaire européen. Chaque année, un jury composé des hommes jugés les plus qualifiés en Europe se réunirait dans une des capitales. On imposerait au candidat comme préparation après s'être muni du droit d'exercice légal, l'obligation d'une année d'études supplémentaire dans une école dentaire de son pays.

Les programmes de cette année d'étude et des examens finaux seraient à discuter dans une Commission nationale nommée à cet effet.

Vu l'importance de cette proposition, étant donné que l'heure s'avance, on décide de remettre la discussion au mercredi 2 août.

(A suivre.)

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

(31 *juillet* — 4 *août* 1911.)

Par HENRI CHENET,
Externe des Hôpitaux de Paris,
Ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris.

Le 2e Congrès français de stomatologie, qui se tint à Paris du 31 juillet au 4 août 1911, aura surtout prouvé que la stomatologie cherche à entrer dans un domaine pratique, alors qu'au Congrès précédent, elle semblait vouloir régner en théoricienne. Si le stomatologiste d'aujourd'hui, qui doit cependant son existence au chirurgien-dentiste, voit encore en celui-ci un concurrent qu'il a l'excessive et irréalisable prétention d'évincer, il n'en est pas moins vrai, que, comme son devancier en l'art de soigner les dents, il ne doit pas seulement s'attacher à l'étude théorique des maladies de la bouche et de ses annexes, mais encore acquérir cette technique si spéciale, si difficile et pourtant naguères si décriée par lui qui lui permettrait seule de lutter avec celui qui est le guérisseur officiel des maux de dents, celui qui les soigne et celui qui les remplace.

Et l'on verra du reste, par ce qui va suivre, que c'est dans ce sens que semble marcher à présent le stomatologiste : il doit s'occuper aujourd'hui de toutes ces petites pratiques qui ont fait le succès du chirurgien-dentiste. Il doit rechercher des améliorations du traitement des canaux radiculaires, des matières obturatrices nouvelles, des procédés de redressement, des appareils de prothèse, etc... ; il ne devra plus être ce « dentiste qui ne soigne pas les dents ». Bref, s'il veut exercer scrupuleusement son art il devra avoir fait *des études longues et spéciales* qu'il ne peut actuellement poursuivre que dans des écoles spéciales, études que ne pourra jamais remplacer l'assistance à un simple cours de stomatologie professé dans une Faculté de médecine, à supposer que les efforts des stomatologistes arrivent quelque jour à faire créer une chaire à cet effet. Ce sont là des considérations qu'il est superflu de développer dans ce journal.

La séance d'ouverture du 2e Congrès français de stomatologie eut lieu à Paris, le 1er août, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du doyen, M. le professeur Landouzy, qui, tant au nom du ministre de l'Instruction publique qu'il représentait qu'en son nom personnel souhaita la bienvenue à tous les congressistes français et étrangers. Après avoir exprimé le désir de voir bientôt la stomatologie entrer dans l'enseignement journalier de la Faculté, sur les programmes de laquelle elle est placée, et regrettant les « lenteurs inhérentes à toute réforme qui pour aboutir doit recevoir le baptême parlementaire », M. Landouzy dit que le stomatolo-

giste, de par la place qu'occupe sa spécialité a maintenant un rôle nettement limité, « guérisseur de malades autant qu'empêcheur de maladies ». Puis M. Ferrier, président du Comité d'organisation, remercia à son tour, et les pouvoirs publics, et les congressistes d'être venus aussi nombreux, et vanta la stomatologie dont les progrès furent plus rapides à l'étranger qu'en France, où la signature d'un décret est encore attendue pour la rendre officielle.

M. Gires, secrétaire général, n'a également que des remerciements à adresser, et fait remarquer très justement l'internationalisme de ce Congrès, qui voit en ses membres tant d'étrangers.

Le Congrès avait groupé un nombre très important d'adhérents ; l'affluence n'en était pas due uniquement à la « foi » stomatologique, mais aussi à d'autres raisons : une organisation parfaite, l'heureux choix du lieu de réunion, Paris, qui offre toujours un grand attrait à des congressistes, et enfin la rareté même du Congrès qui n'a lieu que tous les quatre ans.

Le nombre des adhérents, de toutes nationalités, du reste, fut tel qu'étant donnée l'impossibilité matérielle d'entendre toutes les communications à la suite, le comité d'organisation se vit forcé de diviser les congressistes en deux sections fonctionnant simultanément dans deux locaux différents. Et ce fait rendit notre tâche particulièrement difficile, puisque, forcé de faire la navette entre le grand et le petit amphithéâtre de la Faculté, entre l'hôpital Saint-Louis et l'école de stomatologie nous ne pûmes entendre que la moitié des discussions, forcé de faire le compte rendu de l'autre moitié d'après les résumés et les communications que les auteurs voulurent bien nous confier.

M. J. Tellier (Lyon) prend le premier la parole sur « *l'introduction à l'étude de la pyorrhée alvéolaire* », dont un rapport lui a été demandé pour le 2e Congrès de stomatologie.

L'auteur commence par trouver singulièrement difficile, parce que vague, le sujet qu'il a accepté de traiter, et se demande ce que l'on entend véritablement par « pyorrhée alvéolaire ». Le terme est en effet mauvais parce qu'il comprend aussi bien la pyorrhée type dans laquelle on voit se produire un allongement, un ébranlement, puis un écoulement de pus hors des alvéoles, et la chute des dents, que ces pyorrhées dans lesquelles il n'y a pas d'écoulement et qui sont pour ainsi dire apyorrhéiques, ce qui semble paradoxal, mais est néanmoins consacré par l'usage. Quoiqu'il en soit, il aborde l'étude des différents états pyorrhéiques et recherche les éléments capables de lui établir une base. Or : 1° *L'anatomie pathologique* en est à peine ébauchée : il nous faudrait des examens anatomo-pathologiques sinon dans tous, du moins dans la plupart des états locaux ou constitutionnels dont on a signalé l'existence dans l'étiologie des états pyorrhéiques ;

2° *La méthode expérimentale* n'a été appliquée que dans des cas trop rares pour nous donner des conclusions à l'abri de toute critique. La recherche d'un microbe spécifique n'a donné que des mécomptes, et il n'est pas défendu de penser, même dans l'hypothèse aujourd'hui admise que les pyorrhées sont des infections mixtes, poly-microbiennes, que toutes les espèces ne jouent pas le même rôle dans toutes les formes que nous observons ;

3° *La clinique* elle-même ne nous a pas encore donné les éléments nécessaires à l'acquisition de notions précises sur toutes les questions soulevées à propos de la pathogénie et des conséquences de la pyorrhée alvéolo-dentaire, parce que nous manquons jusqu'à présent d'observations complètes et recueillies avec méthode.

Si bien que, malgré une bibliographie énorme sur la pyorrhée alvéolaire, nous ne la connaissons en réalité pas ou tout au moins fort mal, ce qui nous forcera à rester souvent dans le domaine des hypothèses qui, « si elles sont rarement vraies, sont néanmoins toujours commodes ».

Dans l'étiologie des pyorrhées alvéolaires, on a considéré des causes locales et des causes générales.

Causes locales. — 1° Toutes les irritations de la gencive ouvrant une porte à l'infection des articulations dentaires ; 2° le tartre sous ses différentes formes ; 3° les modifications des pressions supportées par les dents par suite des anomalies de l'occlusion ou de l'articulation ou par suite des propriétés ou des particularités des tissus durs de la région.

Causes générales. — On y a rangé toutes les maladies caractérisées par un trouble de la nutrition générale (arthritisme, goutte, diabète, etc...) sans savoir, le plus souvent, si elles étaient réellement des causes, ou des conséquences de la pyorrhée alvéolaire.

Le cadre est, on le voit, énorme, dans lequel peuvent évoluer ces états pathologiques de la région gingivo-dentaire qui se manifestent : au point de vue anatomo-pathologique, par des modifications de structure des tissus fixateurs de la dent ; au point de vue clinique par des modifications d'aspect de la région et surtout par des changements fonctionnels : d'abord la mobilité avec déviation et déplacement des dents, puis leur chute, phénomènes qui, à un moment donné de leur évolution, sont le plus souvent accompagnés de suppuration au niveau du collet des dents, ce qui a fait donner à ces états le nom de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Et ce dernier symptôme, capital pour beaucoup, mais qui (l'auteur le faisait remarquer au début) peut manquer, nous pousse à examiner le mode d'action des micro-organismes, action exogène ou action endogène, ou mieux encore à nous poser cette question : les états pathologiques de la région gingivo-dentaire arrivant aux symptômes que nous avons décrits ont-ils une marche centripète, centrifuge ou mixte ?

L'auteur ne conclut pas, ne pouvant se résoudre à choisir entre toutes les théories proposées et contradictoires.

Quoi qu'il en soit, outre les conséquences locales qui frappent les dents, amenant leur chute et les transformations bien connues des maxillaires, en dehors des douleurs, de la salivation, de l'odeur spéciale de l'haleine, de la gêne de la mastication, des poussées aiguës, des accidents phlegmoneux, gangréneux ou fistuleux, la pyorrhée a une influence sur l'organisme qui ne doit pas être passée sous silence. « On n'absorbe pas, en effet, impunément pendant des mois et des années, des sécrétions purulentes contenant des agents aussi infectieux que ceux de la pyorrhée alvéolo-dentaire » (Galippe).

En effet, bien que la phagocytose intense que permettent l'appareil lymphatique bucco-pharyngé et l'appareil ganglionnaire cervico-facial, joue en quelque sorte une barrière contre les infections d'origine buccale, il se produit un moment où l'immunité générale et locale a disparu et où surviennent, soit des lésions locales ou de voisinage, soit des infections à distance, dont les plus importantes sont les scepticémies chroniques, l'apparition d'états gastriques plus ou moins définis, des troubles cardio-vasculaires (endocardites infectieuses, scepticémies phlébitiques, etc.).

L'auteur passe ensuite rapidement sur la question du traitement, qui d'après ses observations amène *toujours* la disparition des douleurs, *très souvent* une amélioration considérable de la gingivite, *souvent* la diminution notable de la suppuration et des symptômes objectifs de la maladie.

Cet intéressant rapport a suscité de nombreuses discussions.

M. Cruet croyait connaître la pyorrhée avant la description de M. Tellier, mais il s'aperçoit qu'il n'embrassait pas toute l'étendue de la question.

M. Chompret n'a jamais vu de pyorrhée à marche centrifuge, c'est-à-dire d'infection partant primitivement des parties profondes pour aboutir à la superficie. Le mot de pyorrhée renferme en vérité trop d'affections, et ne devrait pas être employé à désigner toutes ces arthrites infectieuses, consécutives au rhumatisme, à la fièvre typhoïde, etc...

M. Chompret nous décrit ensuite les différences qu'il a remarquées chez les pyorrhéiques hypo ou hypertendus.

Chez les *hypotendus*, la muqueuse gingivale est congestionnée en masse, et a une tendance très nette à la prolifération épithéliale. Au collet des dents est déposé un tartre sanieux tandis qu'à ce niveau s'écoule du muco-pus. C'est la pyorrhée des jeunes atteints de lésions du foie, du rein, d'entérite muco-membraneuse. Dans ces cas, c'est le tissu épithélial qui semble atteint, et les cautérisations restent sans effets.

Chez les *hypertendus*, au contraire, les gencives sont plus fermes, la congestion mieux localisée. Chez eux, nous notons de l'atrophie des gencives : le tartre est dur, s'insinuant sous le collet des dents et allant créer des culs-de-sac profonds ou nous trouvons du pus bien lié. Dans ces cas, c'est le tissu conjonctif qui est atteint, et les cautérisations donneront de bons résultats.

M. Pierre Robin voit surtout comme cause de pyorrhée le défaut d'équilibre physiologique des mâchoires et comme traitement préconise l'immobilisation rationnelle des dents. C'est aussi l'opinion de *M. Richter* (Milwaukee), qui expose le traitement et la prévention de la pyorrhée alvéolaire par la correction des malocclusions.

M. Beltrami (Paris) propose le mot « périarthrite », pour remplacer celui de pyorrhée qu'il trouve défectueux. Ce mot est mal accueilli par la majorité des congressistes, parce qu'il semble vouloir localiser les lésions autour de l'articulation alvéolo-dentaire, alors que celle-ci est prise le plus souvent dans son ensemble.

M. Zilz (Hongrie) préconise la d'Arsonvalisation dans le traitement des pyorrhées alvéolaires.

Toujours sur le même sujet, M. Pierre Robin, et après lui *M. Franci* (Italie), disent avoir obtenu les meilleurs résultats de l'application de l'acide sulfurique de Nordhausen, non seulement dans les cas de pyorrhée alvéolaire, mais encore dans le traitement des aphtes, des accidents de la dent de sagesse, et des affections ulcéreuses de la muqueuse buccale. *M. P. Robin* en fit des applications devant une section du Congrès à l'hôpital Saint-Louis. Il fabrique lui-même l'acide qu'il emploie : acide sulfurique anhydre, et acide sulfurique monohydraté par parties égales.

Pour obtenir de bons résultats, il faut éviter, par tous les moyens possibles une hydratation, si petite soit-elle, de l'acide employé. Il est donc indispensable d'assécher complètement son champ opératoire, le succès du traitement en dépendant. L'acide porté au contact des points lésés, avec un instrument d'or ou de platine, produit une escharre sèche par déshydratation des tissus. Il a une action merveilleuse dans les cas d'accidents de dent de sagesse, porté, dans ces cas, sous le capuchon muqueux bien asséché ; l'auteur a vu le trismus cesser presqu'instantanément chez plusieurs malades.

Cet acide d'autre part n'a pas les propriétés dégradantes sur les tissus de la dent qui font rejeter les autres acides et les caustiques.

M. Fargin-Fayolle, faisant une communication sur *les fistules alvéolaires*, trouve qu'il y a avantage à assimiler les cas d'arthrite chronique dans lesquels le pus se draine par le canal radiculaire de la dent aux cas de fistules muqueuses ou cutanées, et à ne plus consi-

dérer la fistule comme une complication mais comme un symptôme constant de l'arthrite alvéolaire chronique suppurée.

La fistule est donc la règle, que son trajet soit trans-radiculaire, trans-ligamentaire ou trans-maxillaire, et c'est l'oblitération du trajet fistuleux, en dehors de toute intervention thérapeutique, qui doit être considéré comme une complication.

M. Chaminade (Bordeaux) lit une communication sur *l'auto-infection et le nettoyage.* Après avoir vu des accidents se produire à la suite de nettoyages faits sans l'asepsie préalable du champ opératoire, il préconise cette asepsie, et insiste sur l'ablation du tartre qu'il voudrait voir effectuer sans qu'il s'écoule une goutte de sang.

M. P. Robin parle sur *l'hygiène quotidienne de la bouche.*

M. Ely préconise *l'emploi thérapeutique de l'air chaud* en stomatologie, dans les cas d'ulcérations buccales où il provoque, outre une rapide cicatrisation, une diminution notable de l'élément douleur.

M. Soulé lit une étude *sur l'art dentaire chez les Grecs.*

M. Nuyts expose *trois procédés d'anesthésie pulpaire* : 1° la compression cocaïnique ; 2° l'injection sous pression de cocaïne à travers l'ivoire ; 3° l'injection de novocaïne adrénaline au sommet des racines, procédés d'ailleurs bien connus.

M. Chaminade lit une communication intitulée *polypnée et anesthésie ;* il établit que la *polypnée*, c'est-à-dire l'exagération du rythme de la respiration tant dans le nombre des inspirations que dans leur amplitude, produit une anesthésie de courte durée, mais réelle chez certains malades. L'auteur a fait cette constatation une cinquantaine de fois dans l'espace de quelques années.

Cette méthode consiste à conseiller à son malade de faire des mouvements d'inspiration et d'expiration aussi rapides et aussi profonds que possible, et cela pendant une minute. Au bout de ce temps-là, le regard devient vague, le malade laisse un peu aller les bras, et si l'opération est menée rapidement, le patient n'accuse aucune douleur : 20 à 30 secondes. A l'encontre d'Andrieu, qui a constaté le même fait, l'auteur ne trouve pas ce procédé applicable à tous les malades : l'âge le plus propice est de 15 à 25 ans. Mais, si le fait clinique est facile à vérifier, l'explication physiologique est plus difficile à donner.

S'agit-il de suroxygénation, ou d'intoxication par l'acide carbonique ?

Sont-ce plutôt des phénomènes d'inhibition de l'écorce cérébrale par fatigue nerveuse ? Les découvertes récentes concernant les rapports de la respiration et du cerveau permettent de le supposer.

M. Ferrier lit une communication sur la *valeur comparative* de la

dentition chez le tuberculeux avéré et chez le client des services hospitaliers. Il dit avoir constaté que la tuberculose n'avait pas d'action sur la santé dentaire, aussi bien chez les enfants porteurs de lésions osseuses que chez les tuberculeux avérés.

M. Brindel (Bordeaux) cite le cas d'*une inclusion traumatique d'une grosse molaire dans le maxillaire inférieur,* qui avait produit l'éclatement de ce dernier. Le trismus étant complet, et la tuméfaction osseuse très marquée, l'auteur trépana l'os par la voie externe, sous anesthésie cocaïnique et fit l'extraction de la dent devenue corps étranger. La guérison suivit l'intervention.

M. Delguel (Bordeaux), dans une communication sur *le traitement des fractures des maxillaires par le bridge,* préconise l'emploi du bridge toutes les fois qu'il sera possible de l'appliquer dans les cas de fracture du maxillaire inférieur.

M. Snoeck (Bruxelles), au cours d'un travail sur *la prothèse immédiate mandibulaire après résection osseuse,* donne les conclusions suivantes :

I. — Si cette prothèse a donné de bons résultats, des échecs très nombreux peuvent lui être imputés.

II. — Parmi les causes principales de ces insuccès ; l'auteur invoque : *a)* la porosité des matières prothétiques employées, s'infectant rapidement et infectant la plaie qui, circonstance aggravante est taillée dans un milieu septique : la cavité buccale ; *b)* l'irritation exercée par ces corps étrangers septiques sur les tissus débarrassés de leur tumeur ou amputés des parties malades, il est vrai, mais se trouvant toujours en instance de récidive.

III. — Malgré les conditions septiques locales et l'état général souvent mauvais, il est logique de tenter la prothèse interne immédiate dans les résections mandibulaires, par inclusion dans les tissus d'une lame métallique isolée de la bouche par la suture de la muqueuse buccale.

IV. — Cette méthode de maxilloplastie est judicieuse et observe pleinement les lois de l'asepsie : quand des parties métalliques stériles sont incluses dans une plaie faite à l'abri de l'infection, et qu'elles ne blessent pas les tissus, ceux-ci les tolèrent parfaitement.

V. — L'auteur a pu suivre les résultats de la maxilloplastie interne : *a)* dans un cas d'ostéo-myélite mandibulaire, où elle a échoué, l'os étant resté malade, et ayant nécessité une seconde résection et *b)* dans un cas de sarcome fuso-cellulaire de la mâchoire inférieure où elle donna un résultat parfait.

VI. — L'auteur recommande l'emploi de ligatures intermaxillaires consistant en un ancrage fixé à la mâchoire supérieure, servant d'attache à des élastiques reliés à un ancrage mandibulaire dans les cas de déviation d'un des fragments. Le port prolongé de ces ligatures permet aux travées fibreuses et aux tractus osseux néoformés d'acquérir une solidité suffisante pour contrebalancer la traction déviatrice mus-

culo-cicatricielle, celle-ci étant également combattue par l'engrènement parfait des arcades dentaires.

VII. — Cette méthode se prête à des variantes nombreuses adaptables à la nature des lésions : l'auteur a pu en appliquer une avec succès, à un cas de consolidation vicieuse d'une mandibule fracturée : ici, il ne s'agissait pas d'ancrage intermaxillaire, les points d'appui pour la dilatation se prenant sur la mandibule seule.

M. Deminne (Bruxelles) cite le cas d'*une nécrose mercurielle volumineuse* intéressant le maxillaire supérieur, le vomer, le palatin et l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde et pense qu'il s'agit bien en effet d'une nécrose mercurielle et non d'une nécrose spécifique, l'affection générale du sujet étant à la période secondaire, et la guérison s'étant produite sans traitement interne.

L'auteur montre l'appareil à obturateur palatin qui permet une vie normale au sujet.

M. Dubreuil-Chambardel (Tours) lit une communication sur *la carie précoce et simultanée des quatre incisives supérieures.* Il a remarqué qu'il existe une forme particulière de carie dentaire caractérisée par la carie précoce et simultanée des quatre incisives supérieures de seconde dentition.

L'auteur pense, ayant constaté le fait au cours de trois examens nécropsiques, que cette carie est due à une vascularisation anormale et insuffisante du massif incisif supérieur qui présente un défaut de soudure et de fusion des pièces osseuses, et qui aurait conservé le type artériel infantile.

A l'hôpital Saint-Louis, alors que *M. P. Robin* préconisait *l'application de l'acide pyrosulfurique pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire*, *M. Kritchewsky* (Paris) recommande le traitement de cette affection par *le fluoram* (bifluorure d'ammonium) qui, bien que détruisant le tartre et jouissant d'un grand pouvoir antiseptique n'a pas une action coagulante sur l'albumine, de sorte que les cellules restent vivantes et conservent leur capacité de continuer les fonctions vitales.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

11e session, Londres 1911.

La 11e session de la F. D. I. s'est tenue à Londres les 1er et 2 août 1911, sous la présidence de M. W. B. Paterson, président.

Pour attirer aux réunions un nombre de membres plus grand et donner à ces réunions plus d'éclat, la session avait été fixée à la veille de l'ouverture de l'Association dentaire britannique (présidée également par M. W. B. Paterson), qui devait avoir lieu les 3, 4 et 5 août.

Le programme complet de la session était le suivant :

Lundi 31 juillet. — Réception à 9 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel Cecil, des membres de la F. D. I. par le président et le Comité exécutif de l'Association dentaire britannique.

Mardi 1er août, 10 heures du matin. — Séance solennelle d'ouverture au Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre.

Discours du président du Collège, Sir Henry Butlin, ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Barthelémy, de Londres.

Discours du président de la F. D. I.

Discours des représentants des diverses nationalités, du président de la Commission d'hygiène, M. Jessen, et du président de la Commission d'enseignement, M. Kirk.

Remise du prix Miller à M. G. V. Black.

Midi. — Visite de la fabrique de la Manufacturing Dental Comgagny. Lunch. Démonstrations diverses.

5 *h.* 1/2.— Séance du Conseil exécutif à l'Hôtel Cecil.

Ordre du jour :

Correspondance.

Election de membres.

Admission de fédérations dentaires nationales.

Correspondance relative au Comité national français d'hygiène dentaire et à l'Association française d'hygiène dentaire.

Questions de trésorerie.

8 *heures du soir.* — Banquet de la F. D. I. à l'Hôtel Cecil.

Mercredi 2 août, 10 h. 1/2 du matin. — Réunion de la Commission d'hygiène (H. C. F. D. I.) à l'Université de Londres, sous la présidence de M. Jessen.

Ordre du jour :

1° Discours du président de la H. C. F. D. I.

2° Rapport du secrétaire de la H. C. F. D. I.

3° Rapport des représentants des Comités nationaux de la H. C. F. D. I.

4° Proposition de recrutement de nouveaux membres de la H. C. F. D. I., conformément à l'article 8 des règles effectives de la F. D. I., notamment de dentistes, médecins et autres personnes s'intéressant à l'hygiène dentaire, comme membres individuels, de fonctionnaires d'Etat, des communes, d'autorités académiques, d'organisations militaires, de caisses de secours en cas de maladie, de compagnies d'assurances nationales, etc., comme membres collectifs.

5° Fixation des cotisations annuelles de ces membres et de leurs rapports avec la F. D. I. Règlement de la H. C. F. D. I.

6° Proposition de nomination de membres d'honneur.

7° *Archives internationales d'hygiène buccale* ; traité avec l'éditeur, etc.

8° Introduction des tableaux muraux et de la brosse à dents H. C. F. D. I. dans les écoles, l'armée, les hôpitaux, les caisses de secours de tous pays.

9° Traités avec l'éditeur des tableaux muraux et le fabricant de la brosse à dents.

10° Examen de l'exécution des résolutions prises à Paris en 1910.

11° Exposition internationale d'hygiène de Dresde 1911.

12° Affaires diverses, propositions faites dans la réunion.

11 *h.* 1/2 *du matin.* — Réunion de la Commission d'enseignement à l'Université de Londres, sous la présidence de M. Kirk.

ORDRE DU JOUR :

Rapport du président sur les méthodes d'enseignement de la dentisterie opératoire et de la prothèse en vigueur en Europe et en Amérique.

Questions diverses.

Pendant la journée, de 10 heures à 2 h. 1/2, réunion :

1° De la *Commission de terminologie dentaire*, sous la présidence de M. Grevers (d'Amsterdam).

2° De la *Commission de bibliographie et de documentation*, sous la présidence de M. Huet (de Bruxelles), avec rapport de ce dernier sur le résultat de l'envoi de sa circulaire aux sociétés affiliées à la F. D. I.

3° De la *Commission du prix Miller.*

1 *heure de l'après-midi.* — Lunch à l'Université.

2 *heures de l'après-midi.* — Réunion des Commissions.

2 *h.* 1/2 *de l'après-midi.*— Séance du Conseil exécutif.

ORDRE DU JOUR :

Rapport du secrétaire général et rapport du trésorier.

Fixation de la date et du lieu et du Congrès dentaire international de 1914.

Nomination d'un tiers des membres du Comité d'organisation de ce congrès.

Discussion et adoption des rapports des commissions.

Fixation de la date et du lieu de la session de la F. D. I. en 1912.

Questions diverses.

9 heures du soir. — Réception, avec concert et bal, des membres de la F. D. I. et de leurs femmes par le président et les membres de la section métropolitaine de l'Association dentaire britannique à l'Hôtel Cecil.

* * *

Avant d'aborder le compte rendu détaillé de cette session de la F. D. I., que nous commencerons dans notre prochain numéro, disons tout de suite qu'elle avait réuni un très grand nombre de membres des divers pays d'Europe et d'Amérique, qu'elle a été très réussie, que le programme a été scrupuleusement suivi et que toutes les questions inscrites à ce programme ont été traitées, que la session était parfaitement organisée, que les diverses réceptions ont été très brillantes et que l'accueil fait par nos confrères anglais, en particulier par le président de la F. D. I., M. Paterson, et sa très aimable femme, aux membres de la Fédération et à leurs familles, a été particulièrement cordial et affable.

Tous ceux qui ont assisté à la session de Londres ont rapporté du trop court séjour qu'ils ont fait dans la grande métropole britannique les meilleurs souvenirs, mélangés des regrets de la séparation, et, pour notre part, nous ne saurions adresser trop de remercîments et exprimer trop de gratitude aux représentants de la Grande-Bretagne à la F. D. I., MM. Paterson, président, Mummery, vice-président, Campion, Guy et Harrison, membres du Conseil exécutif, pour les égards qu'ils ont témoignés aux confrères français.

* * *

Ajoutons, pour être complet, le programme de la réunion de l'Association dentaire britannique qui, comme nous l'avons dit, suivait la session de la F. D. I., et à laquelle les membres de la F. D. I. étaient invités.

Mercredi 3 août, midi. — Séance d'ouverture à l'Université de Londres.

Discours du président.

1 heure de l'après-midi. — Lunch à l'Université offert aux membres étrangers et à leurs femmes par l'Association.

2 *heures de l'après-midi.* — Visite de l'exposition dentaire.

2 *h.* 1/2 *à* 5 *heures.* — Communications orales et discussions.

7 *h.* 1/2 *du soir.* — Banquet à l'Hôtel Cecil.

Vendredi 4 *août, matin et après-midi.* — Communications orales et discussions à l'Université de Londres.

9 *heures du soir.* — Soirée au Collège royal des chirurgiens offerte aux membres de l'Association et aux membres de la F. D. I., ainsi qu'à leurs femmes.

Samedi 5 *août,* 10 *heures du matin.* — Démonstrations à l'Université de Londres.

Après-midi. — Séance de clôture.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Situation embrouillée.

Notre confrère M. Siffre publie sous ce titre dans le n° d'août 1911 de la *Revue odontologique et Revue générale de l'art dentaire* un article faisant ressortir les irrégularités nombreuses qui entachent et vicient la constitution du Bureau de la F. D. N. telle qu'elle a été opérée dans la séance du 24 mars 1911. Il ajoute que les articles des statuts qui régissent la F. D. N. (10, 11, 14, 15 et 17) n'ont pas été respectés et qu'il n'en a même pas été question lors de cette constitution. Il conclut que MM. Francis Jean, Pailliottin, Richaume et Kern n'ont plus qualité pour représenter la F. D. N. Il demande en conséquence, avec l'Association odontotechnique et la Société odontologique de France, que la F. D. N. tienne dans trois mois une assemblée ordinaire régulière pour constituer régulièrement le Comité exécutif, qui, à son tour, constituerait régulièrement le Bureau. Il termine son article par l'ordre du jour voté le 21 juillet dernier par l'Association de l'Ecole odontotechnique, que nous avons publié dans notre numéro du 30 juillet dernier.

Nous sommes absolument de l'avis de notre confrère M. Siffre et nous sommes heureux qu'il l'ait formulé en la circonstance de sa plume autorisée.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 13 juin 1911.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le mardi 13 juin 1911, à 9 heures du soir, à l'École dentaire, sous la présidence de M. Godon, président.

Il est donné lecture de lettres de MM. Jeay, Jollivet et Mendel-Joseph demandant le renvoi de leurs communications à une séance ultérieure.

M. Heïdé, vice-président, annonce à la Société que M. Godon, président, vient d'être nommé maire adjoint du 8e arrondissement. Il le félicite au nom de la Société.

M. le président remercie M. Heïdé des félicitations qu'il vient de lui adresser au nom de la Société, et il ajoute qu'il n'en restera pas moins dévoué au bien de la profession dentaire et du Groupement.

Il donne ensuite lecture d'une lettre de M. Quintella (de San Carlos, Brésil) dans laquelle celui-ci signale le procédé qu'il emploie pour les dents à pivot.

I. — Fontaine a eau chaude utilisable sur le crachoir Clark.

M. Geoffroy présente deux modèles de fontaines à eau chaude, l'une s'adaptant sur le crachoir de Clark, l'autre s'appliquant au mur.

M. Geoffroy. — La fontaine murale que je vous présente a été construite pour répondre à une observation qui m'a été faite par un confrère. Celui-ci me faisait observer que mon système de fontaine chauffant l'eau à 65° ne pouvait pas nous donner de ce fait de l'eau stérilisée. J'ai donc combiné mon appareil pour créer une fontaine murale qui est composée exactement de la même façon que la précédente dont elle ne diffère que par sa forme extérieure. On a simplement employé un tube plus grand. Cette fontaine murale peut recevoir d'un barillet une quantité d'eau considérable, déjà bouillie, qu'elle réchauffe au moment de son usage.

M. le président. Les appareils à chauffer l'eau donnent en général de l'eau non stérilisée, parce que, si vous aviez de l'eau extemporanément stérilisée par l'ébullition, vous ne pourriez pas l'employer immédiatement pour les usages dentaires, pour les lavages de la bouche ; elle serait trop chaude. Si vous voulez refroidir cette eau, en

y ajoutant de l'eau froide non stérilisée vous n'obtenez pas le but que vous vous proposiez. Il faut donc de ce fait décomposer les opérations ainsi :

1° Stériliser l'eau dans des appareils spéciaux ;

2° Réchauffer au moment de son emploi cette eau stérilisée.

Pour stériliser l'eau d'abord, il y a des appareils spéciaux, notamment les appareils de Paz et Silva que nous avons à l'Ecole, celui de Lepage qui donne une stérilisation suffisante, etc.

L'eau stérilisée est conservée dans un récipient ; au moment de l'employer il faut la réchauffer.

Chez moi je me sers d'une bouilloire électrique contenant de l'eau déjà stérilisée, froide, puis je la réchauffe électriquement au degré de température qui est nécessaire.

On peut considérer que l'appareil de M. Geoffroy remplace la bouilloire électrique avec certains avantages sur celle-ci puisqu'il peut être placé plus à proximité de votre main. Il est de plus peu coûteux, peu encombrant et il utilise un procédé de chauffage qui n'est pas employé dans nos appareils.

La question ainsi considérée, l'appareil de M. Geoffroy me paraît répondre à ces deux desiderata et est susceptible de nous rendre des services. Je l'en félicite.

II. — Cautère électrique a pointe d'argent pour la stérilisation des canaux radiculaires; le « Galvano-Gutt » pour extraction de bridges, etc. scellés a la gutta.

M. Geoffroy présente la trousse qui renferme ces divers appareil dont la description sera prochainement publiée.

Discussion.

M. Robin. — Je voudrais savoir comment l'échauffement de la pointe se produit ? Est-ce qu'elle rougit jusqu'au bout ?

M. Geoffroy. — La pointe ne rougit pas, c'est par communication qu'elle s'échauffe. Le platine rougit, communique à la bague de cuivre dans laquelle est invaginé l'argent une chaleur qui se communique à la pointe d'argent. Vous pouvez ainsi obtenir une température de 200 à 250°.

Il y a lieu de remarquer que sur les tableaux électriques sur lesquels s'applique cet appareil il y a des résistances qui permettent de varier le degré de température. Vous faites progressivement marcher votre rhéostat jusqu'à ce que vous ayez la température désirée. La température nécessaire pour la stérilisation des canaux est généralement celle que la pulpe peut supporter, soit celle que le doigt peut supporter. Si on poussait au delà de cette température on arriverait à constater des accidents comme cela se voit avec le thermocautère.

M. Robin. — Il est nécessaire de surveiller la température qu'on doit donner aux pointes d'argent qui pénètrent dans les canaux étant donné les accidents qui résultent de la destruction du péricément avec les aiguilles de Saladin.

Il serait bon que l'on arrivât à fixer le degré de température que peut supporter le péricément, parce qu'on a vu des dents expulsées par suite de la mort de cet organe.

M. Geoffroy. — Avec les aiguilles de Saladin et le thermocautère on observe des accidents du côté du péricément, parce qu'on ne peut pas régler la température comme on peut la régler avec le tableau électrique. Depuis que j'emploie ces pointes je n'ai pas rencontré un cas de périodontite occasionné par la chaleur.

M. Georges Villain. — J'ai demandé la parole pour vous signaler un accident qui vient de m'arriver.

J'avais à faire le blanchiment d'une dent pour une malade. J'essaie au perhydrol. Comme le résultat n'était pas très bon, je chauffe la dent avec une poire caoutchouc. Je suis arrivé à un résultat médiocre au point de vue du blanchiment de la dent, qui cependant n'a pas présenté de périodontite. J'ai revu ma malade il y a quelques jours et j'ai été très surpris d'avoir un très mauvais résultat : j'ai effectivement détruit le péricément sur une certaine longueur de la racine.

Cette malade possédait une incisive centrale, vilaine par sa couleur, d'autre part cette incisive est dénudée de gencive sur une certaine partie de la racine, par conséquent je crois avoir abusé du chauffage de la dent. Il n'y a pas eu d'accident inflammatoire du tout.

M. le président. — J'ai depuis un an ou deux un appareil analogue à celui de M. Geoffroy sur lequel se monte une pointe d'un métal analogue à l'argent, alliage de maillechort, je crois, qui est fixée sur une tige de platine. Je me suis servi pendant quelque temps de cet appareil assez régulièrement pour les canaux ; mais comme il s'est dessoudé deux fois je l'ai laissé de côté. Pendant que je m'en servais, il me rendait de très bons services.

J'ajouterai qu'on en a fait plusieurs d'analogues. Il y avait celui de Saladin, celui d'Amoëdo et divers autres. Je ne peux pas dire quelles sont les différences qui existent entre ces appareils, en tous les cas je sais bien que j'obtenais les meilleurs résultats pour le chauffage des canaux sans accidents. Du reste on peut, je crois, se guider par l'impression d'une petite sensation de cuisson qu'indique le malade.

La communication qui vient de nous être faite est très intéressante, l'appareil que présente M. Geoffroy est un perfectionnement, il permet le chauffage des canaux dans des conditions absolument pratiques.

En ce qui concerne le galvano-gutt, je ne puis que féliciter M. Geoffroy. Avec cet appareil on peut détacher aisément les bridges et les

couronnes fixées à la gutta quand c'est nécessaire, soit par suite d'un défaut d'articulation, soit pour toute autre cause. On peut également après leur première application être appelé à enlever ces appareils par suite d'accident.

Je crois pour ma part que c'est entrer dans une très bonne voie et qu'il n'y a assurément pas de meilleur moyen pour fixer les bridges et les couronnes que de les sceller à la gutta-percha. C'est pour cela qu'il y a lieu que nous ayions sous la main également des appareils comme celui de M. Geoffroy pour nous permettre d'enlever, quand besoin est, ces bridges et ces couronnes.

Je crois qu'on diminuerait les objections faites aux bridges si l'on arrivait à les retirer facilement soit pour les réparer, soit pour donner satisfaction aux différentes observations qui peuvent être faites. Je crois aussi que ce serait un très grand perfectionnement pour les couronnes que de pouvoir les retirer facilement sans être obligé de les couper avec une pince spéciale.

Je remercie M. Geoffroy en votre nom pour les trois communications et présentations qu'il vient de nous faire.

III. — Discussion de la communication de M. Frey sur les malpositions dento-maxillaires.

M. Georges Villain entreprend la discussion du travail de M. Frey, résume les bases de sa propre terminologie et de sa classification.

M. Roy. — J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt les travaux de MM. Villain et Frey. D'une manière générale, les termes et la classification de Villain me satisfont davantage. Cependant je ferai quelques critiques à Villain, qui sont celles-ci : lorsqu'il parle de version coronaire ou radiculaire, il y a une complication dans cette classification. Généralement on désigne l'anomalie en parlant de la couronne, et, du moment qu'on dit qu'une dent est en antéversion si cette dent a une forme normale il est bien certain que sa racine — puisque la dent a effectué un mouvement de bascule — sera en rétroversion. Si la racine n'est pas en rétroversion, c'est que cela ne sera pas une version, ce sera une trusion, une protrusion, mais cela ne sera pas une antéversion. C'est donc une complication que d'ajouter coronaire ou radiculaire parce que dans le mouvement de version, le mouvement s'effectue à un endroit qui pratiquement peut être représenté par le collet et qu'il suffit d'indiquer l'anomalie coronaire, l'anomalie radiculaire se déduisant d'elle-même.

Je reprocherai également à Villain de donner aux anomalies alvéolaires la même dénomination qu'aux anomalies des dents en général. Il y a là une chose mauvaise au point de vue de la classification, et ceci justement m'amène à parler du gros avantage que je trouve à la classification de Frey. Son mérite en effet est d'avoir choisi pour

chaque classe d'anomalie un terme différent. Cela me paraît présenter un avantage en ce sens que, suivant qu'on emploie le terme version, trusion, pulsion, par exemple, on sait exactement à quelle catégorie d'anomalie on a affaire. C'est là un gros mérite qu'il y aurait à retenir. C'est un reproche qu'on peut faire à Villain de retrouver dans sa classification les termes version, trusion pour des anomalies d'ordres différents.

En ce qui concerne la terminologie de Frey, je ferai à l'auteur une critique générale parce que dans les séances précédentes il nous a dit, lorsqu'on voulait discuter certaines anomalies avec lui, que la dent ne devait pas être considérée par rapport avec les autres dents, qu'elle devait être considérée dans l'espace et sans s'occuper des rapports ; si j'ai bien présentes à l'esprit les notes que j'ai prises au cours de son exposé, il disait qu'on ne doit s'occuper que de la dent elle-même et pas de ses rapports avec les autres dents.

Or il me paraît impossible de placer une anomalie quelconque en prenant une dent située dans l'espace et il est absolument nécessaire de tenir compte de tous les rapports de la dent, non seulement des rapports de cette dent avec ses voisines dans la même arcade, mais encore avec les dents de l'arcade opposée. Or c'est justement parce que M. Frey a dit qu'il n'y avait pas lieu de s'occuper des rapports de la dent, que l'anomalie devait être définie sans tenir compte des antagonistes ou des dents voisines, et qu'il n'introduit pas les anomalies d'occlusion dans sa classification, ce qui, à mon sens, constitue une grosse erreur. Une dent n'est pas un organe isolé dans l'espace. Dans la bouche elle n'a de valeur que par sa situation, ses rapports avec les autres dents et il est impossible de classifier une anomalie si on ne tient pas compte des rapports de la dent. Une dent n'est anormale, d'une façon générale, que par suite de ses rapports anormaux avec les dents voisines ou opposées.

M. Frey s'est élevé d'autre part contre les termes mésio et disto-version et il apportait à cela diverses raisons. Je suis tout à fait partisan de l'emploi des termes *mésio* et *disto* pour désigner des anomalies latérales des dents. A propos de ces termes, je m'étonne qu'un esprit aussi clair que celui de notre ami Frey s'entête à maintenir ces termes « latéral antérieur et postérieur » qui n'expliquent rien, comme je lui ai montré dans une précédente séance. Si vous vous souvenez, je lui ai présenté une arcade avec la série des dents et je lui ai demandé quelle était la dent dont les faces devenaient de latérales antérieures ou postérieures. Les termes mésio et disto ne soulèvent aucune difficulté. On sait que mésial est la partie la plus rapprochée de la ligne médiane et distal est la plus éloignée de la ligne médiane et ces termes répondent à toutes les nécessités de la terminologie sans erreur ni confusion possibles.

M. Frey disait que les termes mésio et disto étaient compliqués, que c'étaient des termes dentaires qui ne devaient pas être employés, que nous devions chercher à avoir des termes aussi simples que possible pour être compris de tout le monde, notamment des anthropologistes. Cependant les anthropologistes ont une langue à eux, les dentistes doivent aussi avoir une langue à eux. Quand il s'agit de donner un nom aux anomalies dentaires les anthropologistes n'ont pas la compétence voulue pour discuter sur les dents et ils l'avouent eux-mêmes, puisque, si j'en crois ce que nous a démontré la réunion que nous avons eue avec les anthropologistes lors d'un congrès de l'A. F. A. S., ils nous disaient qu'ils avaient besoin que nous les éclairions sur les termes dentaires dont ils n'avaient pas une compréhension très nette. C'est à nous à leur donner une classification bonne et non pas à chercher à la simplifier d'une façon excessive.

Une terminologie pour les anomalies dentaires est faite d'abord pour les dentistes, par conséquent ce ne sont pas forcément des termes du langage courant, qu'on doit employer mais bien des termes empruntés à l'anatomie, à la pathologie, en un mot au langage scientifique. On doit tenir compte des termes des rapports et des termes anatomiques des dents. Les termes mésial et distal sont les termes normaux qu'on doit employer.

En dehors de ces critiques un peu d'ordre général, je ferai à la terminologie de Frey quelques reproches. Dans les termes qu'il emploie, j'avoue que certains me plaisent par leur netteté, mais aussi que d'autres ne me paraissent pas aussi bien choisis. C'est ainsi que son terme de *gression* ne me paraît pas très bon parce que le terme régression est employé en pathologie pour un tout autre objet : régression d'un organe.

J'aime mieux le terme *trusion* au lieu de celui de *gression*. Il me paraît certainement meilleur au point de vue de l'étymologie, de la linguistique. Je préférerais également le terme de *jection* ou de *pulsion* plutôt que le terme de *glissement* qui ne me paraît pas non plus très heureux et je crois que les termes de *projection* ou de *propulsion* seraient mieux choisis. Le terme *pulsion* me paraît plus expressif, plus juste que le terme de *glissement*.

Un mot encore. Au point de vue de latéro-version, il ne me paraît pas possible de discuter la question des anomalies au point de vue terminologique si on ne réduit pas l'arcade à une ligne droite. La plupart de ceux qui se sont occupés de la question ont redressé la courbure de l'arcade pour la représenter sur une ligne droite afin qu'il n'y ait pas justement ces difficultés d'interprétation. Je crois la chose indispensable et je suis persuadé que notre ami Frey renoncera à l'avenir à sa conception et en reviendra à l'arcade ligne droite qui est

la seule qui permette une dénomination très nette des anomalies.

M. le président.— Vous voyez combien cette question de l'étude d'une terminologie des anomalies est importante, complexe, difficile. On avait nommé une commission l'année dernière et cette commission a sagement fait d'attendre que des travaux comme ceux qui ont été présentés aient été mis sur pied.

M. Solas.— Au sujet de la terminologie, il serait possible d'envisager le maxillaire comme une surface parabolique, ayant pour plan de symétrie le plan sagittal. Cette notion une fois admise, il serait facile d'introduire celle de points intérieurs ou extérieurs à la surface, celle du déplacement des points sur la surface.

M. Frey reprend les différents points de sa terminologie.

Il établit qu'avant de classer les faits cliniques, il faut savoir les dénommer.

Pour définir une malposition dento-maxillaire, il suffit de la considérer suivant les trois plans de l'espace : longueur, ou plan antéro-postérieur, largeur, ou plan transversal, hauteur, ou plan vertical.

Les anthropologistes définissent toujours les phénomènes, qu'ils observent, suivant ces trois plans.

Il n'est pas possible de faire autrement. Une malposition dento-maxillaire est un fait clinique complexe, dont les différents éléments doivent être étudiés suivant les trois plans indiqués.

Quels sont ces éléments ?

Il faut considérer
- I. La dent.
- II. L'alvéole.
- III. La mâchoire dans sa portion basilaire.
- IV. L'articulation temporo-maxillaire.

Tel a été le point de départ de la terminologie de M. Frey. Il considère que cette base est inattaquable.

Quant aux termes proposés, il a choisi les plus simples, les plus couramment employés, aussi bien comme radicaux que comme préfixes.

Mais si on veut bien lui en proposer d'autres, plus faciles encore à comprendre, il est tout disposé à les admettre.

M. le président. — Je suis très heureux que cette année nous ayons eu à la Société d'Odontologie ces très intéressantes discussions auxquelles ont pris part des confrères qui sont très compétents sur ces matières. Je cherche la solution de ces débats et je pense que le moment pourrait être venu de réunir cette Commission d'orthodontie, maintenant que nous avons publié ces travaux et que nous allons publier les critiques qu'il ont soulevées.

Il y a deux points qui divisent M. Frey et M. Villain. M. Frey dit : Je fais de la terminologie. M. Villain se place à un autre point de vue, plus dentiste, et il nous dit : Je fais une classification, car j'ai

en vue le traitement de l'orthodontie. Eh bien, peut-être y a-t-il là la cause des motifs qui les divisent et qui leur font considérer la question d'une manière différente et aboutir à des termes différents.

Sans entrer à nouveau dans le fond du débat après tout ce qui s'est dit jusqu'ici, je crois pouvoir ajouter que les matériaux sont tout prêts pour qu'une commission puisse poursuivre ce travail dans le silence, c'est-à-dire en dehors des excitations d'une assemblée, sans amour-propre de part ou d'autre, en n'ayant qu'un but, celui de doter notre Ecole, notre profession, d'un travail utile, nécessaire pour l'enseignement des élèves, nécessaire, je dirai même, pour les confrères afin de leur permettre de s'entendre dans cette question si complexe des anomalies dentaires. Je crois que cette Commission pourrait aboutir à cet accord sur la terminologie et la classification et que nous verrions ainsi apparaître pour le mois d'octobre, pour la fin de mon mandat de président, une classification et une terminologie Frey-Villain ou Villain-Frey que nous adopterions tous d'enthousiasme.

C'est sur ces paroles que je vous demande de lever la séance.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LOYAUTÉ

Le *Bulletin du Syndicat* a publié sous ce titre, dans son numéro de juillet, un article de M. Delair, professeur à l'École dentaire de Paris, contenant des inexactitudes, des calomnies et même des propos injurieux à l'adresse du Président-Directeur et des Administrateurs de l'École.

Cet article était précédé d'une note du Comité de rédaction ainsi conçue :

« *Nous avons reçu de M. Delair avec prière d'insé-*
» *rer, l'article qu'on va lire ; mais, fidèles à nos habi-*
» *tudes d'impartialité, nous accueillerons de même*
» *la réponse des intéressés.*

» *Conformément à la déclaration syndicale parue*
» *en tête du Bulletin de juin dernier, la rédaction*
» *tient à rester étrangère à ce conflit. Les intérêts*
» *seuls des dentistes la guident.* »

Confiant dans les termes de cette note, notre collègue, M. J. d'Argent, vice-président du Conseil de l'École, particulièrement visé, comme ancien trésorier, par les attaques de M. Delair, adressa au *Bulletin,* le 3 août dernier, une réponse dont il avait demandé la publication dans le numéro du 15 août, comptant sur la bonne foi et l'équité de ce journal.

Il n'en fut rien ; le comité de rédaction, en biaisant, refusa l'insertion, et notre collègue, ainsi que ceux qu'il avait eu l'intention de défendre, furent victimes d'un véritable déni de justice.

Les documents qui vont suivre édifieront nos lecteurs mieux que nos explications ne pourraient le faire, car ce sont des pièces authentiques et irréfutables.

La Rédaction.

Le 2 août 1911.

A Monsieur J. de Croës, directeur-rédacteur en chef du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.*

Monsieur et cher Collègue,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien publier l'article ci-joint, en réponse à celui que M. Delair a fait paraitre dans le n° 7 du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.*

La notice publiée par la Rédaction, en tête de l'article de M. Delair, m'autorise à croire que vous donnerez à mon article la même hospitalité qu'à celui de M. Delair.

Je n'ai point la prétention de parler au nom de tous les intéressés, car l'article de M. Delair vise, à la fois, M. Godon, les Administrateurs de l'E. D. D. P. et les fondateurs du Comité national français d'hygiène dentaire.

Ainsi qu'il est logique, les uns et les autres produiront leurs explications dans les journaux où ont pris naissance les polémiques auxquelles l'auteur de l'article *Loyauté* a fait allusion.

Veuillez agréer, monsieur et cher Collègue, l'assurance de mes sentiments confraternels.

(s.) J. d'Argent.

En l'absence de M. de Croës, cette lettre et l'article furent remis par M. J. d'Argent à M. Manteau, secrétaire de la rédaction du *Bulletin.*

Quatorze jours après, ce dernier lui fit parvenir la lettre suivante

Paris, le 17 août 1911.

A monsieur d'Argent.

Monsieur et cher Collègue,

Selon la promesse que je vous ai faite, lors de votre visite, j'ai soumis votre article et votre lettre au bureau du Comité de rédaction du *Bulletin.* Votre article étant écrit à titre personnel, il a été décidé de ne pas l'insérer, attendu que si chaque membre se croyant visé en écrivait un, nos colonnes ne pourraient suffire. S'il eût été écrit à titre officiel, en réponse à l'article de M. Delair, par M. le docteur Godon ou pour son groupe, notre décision eût *peut-être* été tout autre.

Avec mes regrets, veuillez agréer, monsieur et cher Collègue, mes confraternelles salutations.

Le secrétaire de la rédaction,
(s.) René Manteau.

M. d'Argent, en séjour à Brunoy (Seine-et-Oise), ne fut mis en possession de cette lettre que le 20 août ; il adressa à M. Manteau la réponse ci-après :

Brunoy, le 21 août 1911.

Monsieur et cher Collègue,

Je vous accuse réception de votre lettre du 17 courant, par laquelle

vous me notifiez le refus d'insertion de l'article que je vous ai remis, le 3 août, en réponse à celui paru, le 15 juillet, sous la signature de M. Delair.

A vous dire vrai, étant donné le temps écoulé entre la remise de mon article et la date de votre lettre, j'avais cru à son insertion sans l'ombre d'une difficulté.

La décision du *Bulletin* est pour me surprendre : comme vice-président du Conseil, dont certains actes sont incriminés par M. Delair ; comme ancien trésorier, visé également par le même, je me croyais qualifié pour protester contre les assertions de mon collègue. Je pensais aussi pouvoir défendre mon président et ami, Charles Godon, vilipendé par un collègue léger ou abusé.

Le *Bulletin* trouve mes titres insuffisants ; j'en appelle à sa bonne foi. Mais s'il persiste à refuser mon article, il est certain que *L'Odontologie* lui accordera l'hospitalité, avec mes explications à l'appui, et, dès lors, ne pensez-vous pas que la profession jugera que la décision prise par le *Bulletin* est en formelle contradiction avec les termes de sa déclaration, insérée en tête de l'article de M. Delair, sous le même mot *Loyauté*, dont l'auteur avait fait un incontestable abus, mais qui semblait devoir être respecté par votre journal, si l'on s'en rapporte à la Note de la Rédaction ?

Et l'on fera, du même coup, cette réflexion qu'en faisant paraître dans le *Bulletin* des articles comme celui-là, l'auteur « joue sur le velours », puisqu'il n'a à craindre aucune controverse.

Mais que répondront désormais les confrères qui, à tout moment et à tout propos, nous posent la question d'union réelle des dentistes, lorsqu'ils sauront comment vous observez la parole donnée en tête de votre journal et, après avoir ouvert vos colonnes toutes grandes à l'accusation, quel accueil vous avez réservé à la défense ?

De quel côté trouveront-ils qu'on travaille pour ou contre l'union ?

J'espère, pour les principes en cause, que la détermination prise n'a pas été envisagée sous son meilleur jour, et que le Comité de Rédaction réfléchira que le motif qu'il a invoqué pour écarter mon article sera trouvé par trop spécieux.

Je vous pose donc de nouveau la question, et je vous serai très obligé de me faire savoir, si c'est possible avant la fin du mois, si, après ces loyales explications, vous jugez qu'il est préférable de publier mon article dans le n° du 15 septembre, et dans la négative, de vouloir bien me le renvoyer.

Veuillez agréer, monsieur et honoré Collègue, mes salutations confraternelles.

(s.) J. D'ARGENT.

Le même jour, M. d'Argent écrivait à M. Godon, pour le mettre au courant de cet incident, une lettre dont voici la teneur :

Brunoy, le 21 août 1911.

Mon cher Président et ami,

Persuadé qu'une réponse à l'article de M. Delair serait bien accueil-

lie par nos amis et par nos collègues, et qu'elle était attendue par la profession ; m'étant en outre assuré que personne n'avait projeté de le faire, — la période des vacances détournant les esprits des choses sérieuses, — j'ai fait rapidement un article, et je l'ai remis moi-même, le 3 août, à M. Manteau, secrétaire de la rédaction du *Bulletin* en l'absence de M. de Croës.

J'espérais, en me pressant, sa publication dans le nº du 15 août.

M. Manteau m'ayant fait observer que la Rédaction avait la faculté de reculer d'un mois l'insertion des manuscrits remis après le 20, je n'ai pas insisté plus qu'il ne convenait, malgré l'urgence exceptionnelle d'une réponse dans le plus prochain numéro, et je m'en suis rapporté à la bonne foi du *Bulletin* sur l'opportunité du 15 août ou du 15 septembre.

N'ayant reçu aucun avis avant le 15 août, je croyais la difficulté arrangée, et je m'attendais à trouver mon article dans le numéro de ce mois, lorsque me fut apportée la lettre suivante :

(V. la lettre de M. Manteau du 17 août, p. 230).

Je suis étonné d'une pareille décision. Il me semble qu'un des vice-présidents de l'Ecole, lié de plus, comme trésorier, pendant plus de douze ans, aux actes administratifs auxquels M. Delair a fait allusion, avec une légèreté inouïe, était bien placé pour répondre à ce dernier.

Si la « manchette » de l'article *Loyauté* est sincère, le *Bulletin*, s'étant fait l'écho d'insinuations jugées fausses et calomnieuses par les intéressés, se doit de réparer le préjudice causé, en accueillant les protestations, d'où qu'elles viennent, qu'elles soient individuelles ou collectives. Il n'y a pas à hésiter ni à tergiverser, lorsqu'il s'agit d'un acte de justice et d'équité !.

C'est pourquoi j'ai répondu dans ce sens à M. Manteau, espérant que le *Bulletin* se rendra compte des conséquences de son attitude et ne persistera pas dans sa décision.

Très cordialement vôtre,
(s.) J. d'Argent.

Le lendemain, le *Bulletin du Syndicat* d'août était apporté à M. d'Argent, à Brunoy.

Si ce dernier avait la certitude de ne pas y trouver sa réponse, du moins croyait-il encore aux *habitudes d'impartialité* du *Bulletin* et à sa déclaration *de rester étranger au conflit actuel.*

Or, la place qui lui avait été refusée était occupée par un autre confrère venu prêter mainforte à M. Delair.

C'est dans les termes suivants qu'il exprima à M. Godon ses impressions au sujet de l'attitude étrange du *Bulletin*.

Brunoy, le 25 août 1911.

Mon cher Godon,

Le *Bulletin du Syndicat* d'août vient de me parvenir et je constate qu'en première page, à la place qui nous avait été offerte par la note de la Rédaction, inscrite en tête de l'article de M. Delair, au cas où

nous eussions jugé à propos d'y répondre, se trouve un nouveau pamphlet à votre adresse. Mes yeux sont dessillés !

Il n'y a pas à s'arrêter aux inepties jetées pêle-mêle dans ce factum. On sent qu'il s'agit d'une leçon reçue au cours d'un récent banquet et qui a été fort mal assimilée. L'auteur eût beaucoup mieux fait d'émettre ses propres idées et ses opinions personnelles ; il eût été plus clair et on l'eût compris.

Mais ce n'est pas pour faire ressortir les dessous de cette publication que je vous écris ; tout le monde y a vu clair aussi bien que moi.

Ce qui est à signaler, c'est que l'article n'est plus précédé de cette fameuse note de la Rédaction déclarant que : « *fidèle à ses habi-* » *tudes d'impartialité, elle accueillera de même la réponse des inté-* » *ressés.* »

Les administrateurs de l'Ecole ayant, à maintes reprises, exprimé leur dédain de répondre aux attaques dont ils étaient l'objet, la Rédaction du *Bulletin* pensait ne pas risquer grand'chose en insérant sa note dans le numéro du 15 juillet.

Elle vient de s'apercevoir de son erreur et d'être prise à son propre piège.

Quant à moi, j'avais eu la simplicité de croire à sa sincérité, mais j'ai été évincé sans scrupule, et j'en suis encore tout ébahi !

Toutefois, je suis persuadé que mon étonnement, en apprenant le refus de ma réponse à M. Delair, a été au moins égalé en intensité par la stupéfaction du Comité de rédaction à la réception de mon article.

Mais le *Bulletin* ne s'embarrasse pas pour si peu. Après quatorze jours de réflexion, il m'écrit : « *Si chaque membre se croyant visé en écrivait un, nos colonnes ne pourraient suffire.* »

Telle est sa décision en ce qui nous concerne, malgré notre droit de réponse et sa note précise ; mais, en ce qui touche nos détracteurs, les colonnes du *Bulletin* suffisent toujours amplement, et tout membre de l'opposition, visé ou non, peut lui envoyer sa prose : pourvu qu'elle soit dirigée contre nous, elle est chaleureusement accueillie.

Et l'on venait encore hypocritement de nous parler d'entente, en insinuant *qu'à côté* on désirait l'accord parfait !

Je crois décidément à l'exactitude de l'avis que m'avait émis, à ce sujet, un vieux syndicaliste bien renseigné sur l'état d'âme des dirigeants du Syndicat : « Pourquoi favoriseraient-ils une union qui ris- » querait de faire entrer au Syndicat une certaine quantité de membres » actifs susceptibles de prendre leurs places. Ils se trouvent fort bien » dans leur « fromage », où tout marche à leur gré : Recrutement aisé, » réunions, congrès, banquets, distinctions honorifiques, un jour- » nal...

» Sans la polémique, l'ennui et le sommeil les gagneraient. Croyez- » moi, restez chez vous et laissez-les chez eux ! »

Je suis forcé de reconnaître la véracité et la sagesse de ces réflexions.

Dans ma réponse à M. Delair, j'ai écrit ce que je pense d'un certain retour à la Stomatologie ; que dire alors de la volte-face des deux leaders de l'Association d'hygiène dentaire, qui furent les plus grands détracteurs d'une société où ils tâchent de se faufiler, en ce moment, en faisant table-rase de leurs opinions, dans le seul but d'y chercher aide et appui, afin d'assouvir leurs rancunes.

Très cordialement, etc.

(s.) J. D'ARGENT.

P.-S. — Il y a quelques jours j'avais écris au *Bulletin* pour insister derechef, croyant sa réponse simplement dilatoire ; mais je viens de recevoir de M. Manteau une lettre contenant un atermoiement auquel on peut donner la durée la plus facultative.

Cette situation, qui n'a déjà que trop duré, étant capable d'enlever à ma publication tout caractère d'actualité, je transmets celle-ci au journal *L'Odontologie*, en même temps que les pièces établissant les causes de sa tardive apparition.

Nous publions donc, ci-après, l'article que le *Bulletin* a refusé de placer sous les yeux de ses lecteurs, malgré l'engagement formel qu'il avait pris, en invoquant ses habitudes d'impartialité.

LA RÉDACTION.

OPPORTUNITÉ

A cette même place, le mois dernier, notre excellent confrère, M. Delair, a publié un article à grand fracas.

Cet article était-il bien opportun ? Etait-il même justifié ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner.

L'effet fut brusque et particulièrement inattendu. Aucune manifestation publique antérieure, et surtout récente, ne désignait M. Delair comme un adversaire de l'administration de l'Ecole dentaire de Paris, en général, et de M. Godon, son actif et respecté président, en particulier.

Le contraire était plutôt admis. Aussi son intervention subite a-t-elle produit l'étonnement et la surprise ; mais est-ce bien la surprise et l'étonnement auxquels il s'attendait ?

L'article prête à de trop longs commentaires pour qu'il en soit traité ici complètement. Ce qui est hors de doute, c'est que M. Delair critique et noircit, au suprême degré, le président-directeur de l'Ecole, dans le but non déguisé de l'obliger à démissionner, sans se douter probablement que cet acte de pression constitue un véritable chantage moral, dont la profession se fait juge.

Combien il eût été plus convenable et plus digne de clamer ces do-

léances en Assemblée générale ; mais voilà, il eût fallu les étayer, et elles ne reposent sur rien ; c'est du bluff !

Heureusement, pour faire sensation et surtout pour éveiller la crédulité, — même de ceux qui ne connaissent pas les dessous de la machination, — il ne suffit pas de reproduire quelques racontars recueillis à la cantonade, sans contrôle ni justification.

Aussi le public professionnel a-t-il accueilli avec scepticisme, et même une pointe de gaieté, les insinuations par trop tendancieuses du début de l'article, où l'auteur, dans son acharnement contre M. Godon, formule des insinuations perfides sur quelques actes administratifs, pensant ne s'attaquer qu'à son adversaire, tandis qu'il atteint, en réalité, tous les membres du Conseil, et qu'il s'atteint lui-même, puisque certains des actes qu'il incrimine se sont déroulés au cours de sa longue présence dans l'administration et ont reçu son approbation. Ab uno disce omnes, *comme dit avec tant d'à-propos M. Delair.*

*
* *

Ce qui ressort non moins clairement de la véhémente diatribe de notre collègue, c'est sa phobie de la dictature, mais il confond volontiers la simple autorité avec l'abus de pouvoir... l'abus de pouvoir sous le régime du suffrage universel annuel !

Lorsqu'on se donne un chef, c'est pour être dirigé. Choisir un chef sans autorité est la dernière des erreurs pour une société, car s'il n'a pas d'autorité, il aura encore moins de programme.

L'Ecole dentaire de Paris se flatte d'avoir un chef accompli ! Mais les précieuses qualités de ce chef gênent quelques anciens, devenus moins assidus avec l'âge et une aisance laborieusement et honorablement acquise.

Ils se sentent au bout de leur rouleau.

Or, tandis qu'ils sentent diminuer, chaque jour, leur zèle et leurs aptitudes, ils constatent chez le président une activité, une volonté et une intelligence toujours plus grandes, et c'est l'emploi de cet ensemble de facultés qu'ils traitent de despotisme !

*
* *

M. Delair est un excellent homme, doué d'un physique vénérable et d'une voix harmonieuse et caressante.

A le voir et à l'entendre, on ne le croirait pas capable d'avoir écrit le fulgurant article dont nous nous occupons, et tenez pour certain qu'il ne l'eût point fait pour son propre compte. Mais il compatit volontiers aux griefs de ses confrères, et même il les épouse quelquefois lorsqu'il les croit justes. Malheureusement, parfois il se laisse circonvenir.

Tel est le cas actuel. M. Delair écrit pour « un autre » et ce que veut lui faire dire cet autre. Il tire les marrons du feu.

C'est le président d'une société récemment fondée qui l'a pris pour confident des mécomptes qu'il s'est attirés, en prétendant créer, — avec quelques dentistes et un grand nombre de « pékins », — une vaste et puissante association d'hygiène dentaire, dans laquelle les dentistes eussent figuré en proportion aussi infime que l'acide carbonique dans l'air.

De plus, au mépris des décisions adoptées par la société dont il était le délégué, ce président, s'émancipant subitement, voulut placer cette association nouvelle en dehors de toute société et de tout groupement dentaires.

Nous avons vu de même, il y a quelques années, deux chefs de postes détachés dans la brousse, en Afrique, grisés par un pouvoir éphémère, jouer les roitelets et méconnaître l'autorité centrale. C'était sans doute un effet du soleil tropical La chaleur exceptionnelle qui nous accable cette année peut aussi expliquer les aberrations de ce président, dont on ne prononce plus le nom qu'à l'oreille, depuis qu'il a introduit les « exploits d'huissier » dans nos mœurs professionnelles.

Or, s'il nous est agréable de consulter des documents sensés ou spirituels, il nous déplaît de lire des actes timbrés. C'est pourquoi nous avons laissé à d'autres le soin de le suivre sur ce terrain, persuadé qu'il ne perdra rien pour attendre.

* * *

La charge poussée par M. Delair est injustifiée quant au fond et sa forme est attristante : elle consiste en allégations faites à la légère et confusément, ainsi qu'en commentaires désobligeants sur des faits auxquels il n'a pas été mêlé et dont il a accepté, sans contrôle, une version fantaisiste et intéressée.

Les critiques et surtout les propos vifs, injustifiés et, disons le mot, injurieux adressés à M. Godon, étaient-ils bien en place sous la plume de M. Delair ? — Une plume qui a eu le temps de la réflexion !

C'est fait pour étonner.

Qui ne sait, en effet, que sans M. Godon et ses nombreux amis, M. Delair subsisterait peut-être encore, obscur, au fond de sa province, malgré son talent, devenu presque génial, grâce au champ d'expérience et aux débouchés que l'Ecole dentaire de Paris lui a ouverts ; et que c'est à celui qu'il dénigre que son avancement et sa prospérité ont dû leur si rapide essor : titres professoraux, distinctions honorifiques, relations hospitalières et, par suite, situation très prospère !

Dans de telles conditions, son article, outre qu'il est erroné de toutes pièces, était-il opportun ?

* * *

Toutes les sociétés professionnelles sont actuellement dans leur plein

développement. On peut dire qu'elles le doivent à l'accomplissement scrupuleux de leurs programmes respectifs, sans empiètements sur le territoire voisin. C'est la paix et la tranquillité pour tous, en attendant l'union générale, à laquelle cette situation incite avec instance.

Déjà trois écoles se sont liées par des contrats sincères et durables ; elles travaillent en commun pour le bien de la profession.

Les tiraillements qui se sont produits, il y a quelques années, entre quelques-unes sont pour ainsi dire dissipés, puisque aucun acte d'hostilité n'est à signaler entre elles depuis assez longtemps et surtout depuis l'édifiant et navrant retour à la « Stomatologie » de l'instigateur de leurs dissentiments et de leurs divisions.

Cette situation s'accentue encore chaque jour par des pénétrations individuelles dans les diverses sociétés, où le mélange se réalise insensiblement.

L'âge et le temps, ces facteurs irrésistibles de l'oubli et de la paix, achèveront brièvement l'entente cordiale générale, qui pourrait trouver son couronnement au prochain Congrès de l'A. F. A. S., terrain parfaitement neutre, qui serait le meilleur trait d'union.

Dans de telles conditions, l'article de M. Delair, qui tend à faire renaître des sujets de discorde, était-il opportun ?

*
* *

La « Stomatologie », quoique ne répondant à aucun besoin, se développe peu à peu, et sa vitalité ne peut que s'accroître par les divisions des odontologistes.

Ces temps derniers, elle a marqué certainement un point, en groupant à sa cause des Sociétés médicales venues pour protester contre des revendications qui eussent eu plus de poids, si elles avaient été présentées par l'unanimité des Odontologistes, au lieu d'être éparses ou échelonnées.

Malgré des accusations ineptes que peut seule expliquer la passion des polémiques, mais qui sont controuvées par une existence entièrement consacrée à soutenir les intérêts odontologistes, Charles Godon est un des plus ardents défenseurs de nos droits devant les Pouvoirs publics, contre les prétentions stomatologiques.

Dans de telles conditions, l'article de M. Delair, outre qu'il est mal fondé, était-il opportun ?

Aux Odontologistes clairvoyants de se prononcer.

J. D'ARGENT.

BIBLIOGRAPHIE

Chimie, physique, mécanique et métallurgie dentaires.

Par MM. Cousin et Serres.

1 vol. in-18, J.-B. Baillière et Fils, Paris, 1911.

MM. Cousin et Serres, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris, viennent de faire paraître un livre de chimie, physique, mécanique et métallurgie dentaires pour compléter la série des volumes du *Manuel du chirurgien-dentiste*, publié sous la direction de M. Godon, Cet ouvrage s'imposait de par le nouveau programme des études dentaires.

La première partie, qui comprend la chimie, étudie successivement : les généralités, les lois fondamentales, les métalloïdes, les métaux, enfin la chimie organique et la chimie biologique.

La deuxième partie traite de la mécanique appliquée : le mouvement, la force, le travail. Un chapitre spécial est consacré aux applications dentaires de la mécanique.

Dans la troisième partie MM. Cousin et Serres s'occupent de la métallurgie appliquée, et une monographie des métaux y est d'un très grand intérêt.

La dernière partie est réservée à l'étude de la physique appliquée : action de la pensanteur sur les solides, les liquides et les gaz, chaleur, mouvement vibratoire, optique, enfin électricité et magnétique.

Il était intéressant de pousser un peu loin cette question, étant donné les applications de cette branche en art dentaire, au point de vue examen et traitement des maladies de la bouche et des dents.

En somme, c'est là un livre qui rendra de grands services non seulement aux jeunes stagiaires, mais encore aux praticiens qui pourront rapidement y retrouver certains renseignements fort utiles à connaître.

Il faut féliciter de leur ouvrage les auteurs, qui ont très heureusement continué l'œuvre des créateurs du si apprécié *Manuel du chirurgien-dentiste*.

Ce livre sera certainement accueilli avec une faveur aussi grande que les précédents.

J. Rouveix.

NÉCROLOGIE

Ludovic Cecconi.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 65 ans, de notre confrère, M. L. Cecconi, membre du Conseil d'administration de l'Association générale syndicale des dentistes de France, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, survenue subitement, le 31 août, à Turin, où il s'était rendu pour visiter l'Exposition.

M. Cecconi était particulièrement sympathique à tous ceux avec lesquels il était en rapports.

Il était connu de plusieurs générations d'élèves ; c'était un homme très actif, très dévoué et très serviable.

Il a pendant de longues années appartenu au Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., à laquelle il a rendu des services et qui gardera de lui un durable souvenir.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos vifs regrets.

Mme Ronnet.

Notre confrère M. Alfred Ronnet, ancien président et membre de l'A. G. S. D. F. et professeur honoraire à l'E. D. P., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 7 septembre, à l'âge de 60 ans.

Le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. était représenté aux obsèques par M. Blatter, président de l'Association et secrétaire général de l'Ecole, plusieurs membres du corps enseignant et une délégation d'élèves.

Nous exprimons à M. Ronnet et à sa famille nos sincères condoléances.

Théodule Lange.

Le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Théodule Lange, chef du secrétariat, ancien officier d'administration principal, officier de la Légion d'honneur, mort le 8 septembre 1911, à l'âge de 63 ans.

Il avait su conquérir l'estime et la sympathie de tous dans l'exercice des délicates fonctions administratives qu'il remplissait à l'Ecole à la satisfaction générale et sa disparition sera vivement regrettée.

Le secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, plusieurs membres du corps enseignant et tout le personnel administratif de l'Ecole — qui avait envoyé une couronne — assistaient à ses obsèques.

Nous adressons à sa famille nos sentiments de condoléances.

NOUVELLES

Mariages.

On annonce le mariage de M. Simon, démonstrateur de métallurgie à l'E. D. P.

On annonce également le mariage de notre confrère M. J. Cottard, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Yvonne Dol, célébré le 16 septembre à Marseille.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Société dentaire américaine d'Europe.

La Société dentaire américaine d'Europe a tenu sa 38e réunion à Dresde. Environ 110 membres étaient présents.

Clinique dentaire scolaire.

La Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire fait construire en ce moment à ses frais une clinique dentaire scolaire à Vienne pour y donner des soins aux enfants pauvres des écoles.

La Société se propose d'ériger dans cette ville une seconde clinique ; mais, malgré les subventions qu'elle a reçues du Gouvernement et de la ville, ses ressources sont encore insuffisantes. Elle compte donc sur la générosité publique.

Manifestation de sympathie.

Au cours d'un voyage qu'il a fait récemment en Finlande M. Heïdé a été l'objet d'une manifestation de sympathie de la part des confrères finlandais qui lui ont offert un banquet pour fêter en lui le vice-président de la Société d'Odontologie de Paris et le professeur honoraire de l'E. D. P. Ont assisté, entre autres, à ce banquet MM. Ayräpää, Aspelund, Gadd, Enckel, etc., qui tour à tour ont rappelé dans des paroles élogieuses leur réception aux Congrès de Paris de 1889 et de 1900.

Avis.

M. Albin Lenhardtson, secrétaire de la Commission d'hygiène de la F. D. I., serait heureux de recevoir gratuitement un exemplaire de chaque numéro des divers journaux odontologiques français pour suivre le mouvement de l'hygiène dentaire en France, afin d'en rendre compte dans son rapport à la session de la F. D. I. en 1912. Les lui adresser à Stocksund, Stockholm, Suède.

31e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

DÉTERMINATION GÉOMÉTRIQUE DES ARCS D'EXPANSION [1]

Par ALFRED KÖRBITZ, de Berlin.

Diverses tentatives ont été faites pour déterminer la formation des arcades dentaires; mais les difficultés du problème commencent avec son énoncé. Quelle est la ligne à déterminer? Hawley a, le premier, traité la question au point de vue pratique et admet (beaucoup d'auteurs sont de cet avis) que cette ligne est la courbe qui passe le long des bords et des cuspides. Ces auteurs s'occupent des deux maxillaires ou concentrent leur attention principalement sur le maxillaire supérieur.

D'autres difficultés se présentent si nous formulons les propositions suivantes :

1° Pour rendre aussi aisé qu'il est possible l'établissement d'une courbe, tous les facteurs secondaires doivent être écartés.

2° La pratique n'exige pas une ligne auxiliaire théorique, dépourvue de relations directes avec les facteurs orthodontiques dont nous disposons, mais bien un modèle pour l'expansion de l'arcade.

Sur le premier point, même pour les dimensions individuelles déterminées par les dents, il est impossible de construire un *arc normal unique* d'application générale. On doit tenir compte en effet des types brachycéphales et doli-

1. Communication à la *British Dental Association*, Londres, août, 1911.

cocéphales ainsi que des particularités typiques de race. Si, d'autre part, nous négligeons ces différenciations et si nous nous limitons à un type unique, uniforme et moyen, correspondant aux dimensions des dents, les facteurs secondaires doivent être écartés. Nous avons égard ici principalement à la forme individuelle des couronnes, au degré de l'articulation (overbite), à l'angle d'inclinaison des dents, et à des considérations analogues. Ces facteurs sont le mieux écartés en appliquant la ligne d'occlusion d'Angle pour déterminer l'arcade. Non seulement cette ligne est presque complètement indépendante de ces facteurs, mais encore elle appartient aux deux maxillaires et ainsi on surmonte une autre difficulté. Cette difficulté se produit si nous essayons de construire chaque arcade séparément, car le résultat de cette construction correspond d'ordinaire, mais indifféremment, aux exigences de l'occlusion. Mais l'emploi de la ligne d'occlusion est contraire à la seconde des conditions mentionnées ci-dessus.

Touchant ces deux points, seuls, les auteurs qui ne visent qu'à la théorie emploient la ligne de contact extérieure pour décider la forme de la mâchoire. Mühlreiter, Zsigmondy, par exemple, pensaient certainement peu à l'arc d'expansion. D'autre part, dans la construction destinée à un but orthodontique, la ligne auxiliaire passant par les cuspides et les bords a été exclusivement adoptée, par exemple par Hawley et par Herbst.

Ces lignes auxiliaires ont l'avantage d'être indépendantes de facteurs secondaires (pas seulement de l'angle d'inclinaison); il faut donc leur donner la préférence pour une étude théorique. Mais l'emploi de la ligne extérieure de contact est plus avantageuse au point de vue pratique, car elle détermine la forme de l'arc d'expansion.

Bien entendu la possibilité de déterminer une ligne commune aux deux mâchoires en employant les lignes de contact est écartée. En réalité, la ligne de contact du maxillaire inférieur correspond dans ses parties les plus importantes, à la ligne des cuspides du maxillaire supérieur.

C'est seulement pour l'arc supérieur d'expansion qu'elle aurait une valeur purement indirecte.

Je propose donc de construire un arc et d'adapter l'autre au moyen des besoins précis de l'occlusion. Pour des raisons évidentes, l'arc inférieur semble le plus convenable pour une construction géométrique.

La nature elle-même suit ce procédé et construit l'arcade dentaire du maxillaire supérieur sur celle du maxillaire inférieur, qui est continuellement en avance sur l'arcade supérieure au point de vue de son développement. Il importe, au point de vue pratique, que la ligne inférieure de contact soit proportionnellement plus caractérisée et présente une forme plus aisément analysable que la ligne supérieure. De plus, la ligne inférieure est indépendante de quelques-uns des facteurs secondaires mentionnés ci-dessus.

On distingue dans un arc d'expansion inférieur bien conformé cinq sections principales :

1° La partie médiane correspondant aux quatre incisives, qui est légèrement courbée en raison de la position des incisives et de la forme extrêmement plate de leur surface labiale ;

2° et 3° Les deux parties canines, qui présentent la courbure la plus prononcée et qui passent au-devant des canines jusqu'aux prémolaires ;

4° et 5° Les deux parties prémolaires qui sont droites. Doivent-elles être toujours droites ? La direction du tube molaire des bagues de redressement coïncide rarement avec la ligne de contact et cette inclinaison entraîne une extension en dehors dans la partie prémolaire, qui d'ordinaire présente une courbure avant le noyau vissé sur l'arc d'expansion.

Les parties auxiliaires sont les extrémités situées dans les tubes des bagues appliquées sur les molaires, mais elles sont sans importance pour la forme de l'arc.

Cette analyse de l'arc d'expansion inférieure simplifie la construction considérablement. Il n'est pas besoin d'examiner davantage les pièces droites, et il ne reste à trouver géométriquement que les deux pièces courbes : la pièce médiane et la canine. J'ai pris la largeur totale des deux in-

cisives inférieures (J1 + Jz = A) comme base de la construction et j'ai obtenu les résultats suivants. Une circonférence de rayon 3 A 1/2 donne la pièce incisive, tandis que la section cuspide correspond à une circonférence de rayon A. Il importe que la largeur des dents ne soit pas portée sur la ligne ainsi obtenue, mais bien sur une ligne auxiliaire passant le long des cuspides et des bords et de rayon 3 A 1/4. A partir de cette ligne les rayons intersectent l'arcade d'expansion en parties correspondantes.

D'après cela la construction est la suivante :

Tracer une ligne droite et à partir d'une extrémité prendre 3 fois 1/2 A. Avec ce rayon décrire une circonférence qui donne la ligne intérieure de l'arcade d'expansion pour les incisives. Décrire une circonférence concentrique de rayon 3 A 1/4 et prendre sur les deux moitiés la largeur A des incisives. Mener les rayons par ces points jusqu'à la circonférence extérieure. Les points d'intersection de la circonférence extérieure déterminent la partie médiane de l'arc. A partir de l'extrémité extérieure des deux rayons prendre A et décrire avec ce rayon une circonférence : elle correspondra à la partie canine. Achever la circonférence concentrique intérieure autour du même centre et y prendre la largeur des canines. Tracer un rayon du milieu de la circonférence de la canine jusqu'à la ligne extérieure. Les points d'intersection définissent la partie canine de l'arc d'expansion.

La limitation géométrique des diverses parties présente les plus grands avantages pratiques pour déterminer exactement l'arrangement exact des dents dans l'espace utilisable.

En finissant l'arcade on est limité par la largeur des mâchoires et la position du tube molaire. Ces deux facteurs ont une importance subsidiaire quand on arrange les dents antérieures au début du traitement et ils ne sont d'aucun secours quand on se sert de l'élasticité de l'arc d'expansion. Si une échelle est nécessaire pour la largeur de l'arc au niveau des molaires, on peut recourir à l'indice de Pont.

Mon mode de procéder est le suivant :

Je courbe d'abord l'arc d'expansion sur le modèle ou

au fauteuil et j'y accoutume graduellement le patient ; de la sorte je l'ajuste plus ou moins à l'arcade dentaire irrégulière. Plus tard l'arcade d'expansion est modifiée pour développer sa force d'expansion et pour d'autres raisons techniques. Quand sa forme finale est décidée, je la fixe en position, afin qu'elle montre bien la direction des tubes molaires. Je fais alors un croquis avec ces éléments ; la direction des tubes molaires et la distance qui les sépare du milieu de l'arcade. Le milieu des écrous de l'arcade est établie et l'on tire la ligne droite qui constitue la base de la construction. Celle-ci se fait, comme cela a été dit, sauf que la ligne correspondant aux prémolaires est tracée comme tangente à la courbe des canines.

Je recommande de la même manière la construction géométrique de l'arc de rétention. Je maintiens les six dents antéro-inférieures plus longtemps que les autres à l'aide de deux bagues sur les canines reliées par un fil métallique lingual. La disposition des incisives et des canines inférieures et supérieures dépend de la courbure de ce fil. C'est pourquoi il faut préférer une détermination exacte de cette partie à une courbure empirique. On trouve la courbure du morceau de fil en employant un rayon 3A. La longueur se détermine d'une façon analogue à celle employée dans la construction de l'arc d'expansion.

J'ai il y a longtemps perfectionné cet appareil de rétention en adaptant de petits crochets aux bagues des canines, crochets sur lesquels j'accroche un élastique passant au devant des incisives. Il n'y a pas de meilleur moyen pour adapter les dents par une douce pression sur le fil lingual déterminant la courbure d'immobilisation.

Mon quotient 3 1/2 A et les autres ne doivent pas être considérés comme absolument fixes. Il faut toujours les accommoder au pays dans lequel nous vivons et au type des gens que nous traitons.

LA NATURE HISTOLOGIQUE DE L'ODONTOBLASTE ET LE MÉCANISME DE LA SENSIBILITÉ DE LA DENTINE [1]

Par Gaston Guérard,
Professeur à l'École dentaire de France.

Parmi les sciences auxquelles la période contemporaine a donné un merveilleux essor nous sommes en droit de mettre à la première place l'odontologie. Nous l'avons vue en quelques années abrégeant les étapes, prendre bientôt rang parmi ses aînées dans le domaine scientifique. Nous appuyant sur les travaux récents d'histologie nous allons tenter d'expliquer un phénomène encore peu connu, celui qui préside au mécanisme de la sensibilité de la dentine.

En mai 1910, nous avions déjà proposé, dans la *Revue Odontologique*, un essai sur la sensibilité au sucre de l'ivoire, mais les conclusions que nous avions données étaient incertaines puisque nous laissions obscure la nature protoplasmique du contenu des tubes dentinaires. Si nous savons en effet que l'odontoblaste se présente bien comme l'intermédiaire nécessaire entre l'ivoire et la pulpe et comme agent de la sensibilité, il nous faut toutefois reconnaître que la signification de cette cellule demeure encore très vague. C'est le microscope qui nous a donné une explication de la persistance de la vitalité des tissus durs d'une dent à pulpe détruite dont M. Barden nous a parlé tout récemment dans son travail sur la thérapeutique. C'est à l'histologie également que nous nous sommes adressé dans l'espoir d'apporter une faible contribution à l'étude d'un problème encore imparfaitement résolu.

Avant de parler du mécanisme de la sensibilité de l'ivoire nous dirons en quelques mots ce qu'il est intéressant de nous rappeler quant à la structure de ce tissu. Nous savons qu'il existe plusieurs dentines.

1. Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Dijon, 1911.

L'ostéo-dentine avec ses scléroblastes-formatures qui établit un passage entre le tissu osseux et l'ivoire.

La vaso-dentine pourvue de vaisseaux sanguins.

La fibro-dentine richement fibrillée.

La dentine véritable enfin caractérisée par l'absence de cellules et la présence de leurs prolongements, c'est elle qui nous intéresse.

Les prolongements sont les fibrilles de Tomes, ils parcourent l'axe de canalicules parallèles dont est criblée la substance fondamentale et proviennent des cellules périphériques de la pulpe, des odontoblastes.

Toujours disposés à la périphérie de la pulpe à la façon d'un épithélium, les odontoblastes, en dehors du prolongement intradentinien, présentent des branches latérales les unissant aux cellules voisines ; allongés dans le sens radial, ils présentent la forme d'un cône de 20 à 30 μ de long sur 5 μ de large. Le noyau occupe la partie profonde de la cellule et les dimensions de celle-ci, très grandes à l'époque du développement, vont en s'atrophiant au fur et à mesure que s'opère la calcification. C'est l'odontoblaste en effet qui donnerait naissance à cette substance homogène transparente, analogue à la substance fondamentale du tissu osseux, la dentine. Elément formateur, l'odontoblaste est en outre, avons-nous dit, agent de la sensibilité, or nous savons que seul l'ectoderme est de source cellulaire formé des éléments sensibles et par contre nos connaissances nous ont appris que l'ivoire est originaire du mésoderme. Affirmons donc tout d'abord cette origine mésodermique de la dentine et, connaissant de la sorte la nature histologique de l'odontoblaste, nous pourrons alors essayer une explication du phénomène de la sensibilité.

La dent est une formation mixte à la fois épithéliale et conjonctive qui se rattache aux phanères cutanées, comparable aux écailles placoïdes des sélaciens ; chez ces derniers une papille dermique d'origine mésodermique apparaît sous forme de proliférations dans l'épithélium et aboutit à la formation d'un nodule. Les cellules de cette papille

élaborent la substance collogène qui s'imprègnera de sels calcaires ; on les a appelées cellules scléroblastes, comparables aux ostéoblastes, analogues aux odontoblastes. Le processus organogénique n'est pas essentiellement différent chez les sélaciens et les vertébrés, il ne s'en distingue que parce que l'organe de l'émail s'enfonce dans le mésenchyme. Issues du mésoderme, étoilées et anastomosées, les cellules odontoblastes nous apparaissent comme devant se classer parmi les éléments du tissu conjonctif proprement dit.

Dès lors comment expliquerons-nous la sensibilité de la dentine ? Comment comprendre la fâcheuse hyperesthésie, dont nous avons parfois tant de mal à triompher, puisque nous n'admettons pas un protoplasme spécifique dérivant du protoplasme ordinaire par une différenciation liée à la fonction nerveuse ?

La réponse à cette question réside dans la disposition des terminaisons nerveuses de la pulpe, les arborisations terminales des nerfs s'effectuent dans les canalicules. Le mécanisme de la sensibilité serait alors simple à imaginer, mais nous allons voir que le problème est plus complexe qu'il n'était apparu à certains auteurs.

Nous savons que les nerfs destinés aux dents se divisent en un nombre de branches égal au nombre des racines et se dirigent vers la pulpe. Là les divers rameaux nerveux se partagent et s'anastomosent formant un plexus serré dont les mailles occupent la superficie de la pulpe dans le sens radiaire, portent un grand nombre de fibrilles de 2 à 3 μ qui se portent vers l'ivoire. Robin et Magitot pensèrent tout d'abord que ces terminaisons s'effectuaient à la périphérie de la pulpe sous forme de petits renflements en bouton, mais, plus tard ils changèrent d'avis et Legros et à nouveau Magitot affirmèrent que ces mêmes terminaisons nerveuses pénétraient dans les tubes de l'ivoire.

Renaut vint ensuite contester cette théorie et à l'heure actuelle les recherches ont prouvé que l'odontoblaste n'avait que des relations de contiguïté superficielles avec l'élément nerveux ; or si l'odontoblaste n'est pas la vraie cellule sen-

sible mais une annexe de la fibre nerveuse, il ne nous apparaît plus que sous l'aspect d'une simple cellule réceptrice chargée de recevoir les excitations venues du dehors et de les transmettre à un nerf sensible avec lequel elle est en rapport, et point n'était besoin pour cela d'une différenciation protoplasmique spéciale. La preuve de ce fait nous sera fournie par une théorie nouvelle d'après laquelle, en dehors des facteurs mécaniques et chimiques qui président à la différenciation cellulaire, il existe un procédé que provisoirement on a appelé physiologique et dont le type est l'influence nerveuse. Ranvier et Scymonowicz affirment que certaines cellules doivent leur différenciation aux terminaisons nerveuses qui se font dans leur voisinage ; avant l'arrivée des nerfs ce sont des éléments indifférents.

Les expériences de Ranvier sur les organes du goût sont concluantes à cet égard. Nous savons que les cellules gustatives reçoivent les terminaisons du nerf glosso-pharyngien ; or si, chez le lapin, ce nerf est sectionné, la cellule gustative perd en quelque temps ses caractères d'élément sensoriel et redevient cellule épithéliale ordinaire ; la cessation de l'influence physiologique nerveuse a supprimé la différenciation. Ceci posé, ne nous serait-il point permis d'admettre que l'odontoblaste comme la cellule sensorielle accessoire des organes du goût est chargée de transmettre les irritations venues du dehors aux rameaux terminaux qui enveloppent la masse pulpaire et nous serions dès lors autorisé à poser ces conclusions :

L'odontoblaste est une cellule du tissu conjonctif chargée d'élaborer la substance fondamentale de l'ivoire et dont le rôle dans la sensibilité se réduit à celui d'une cellule réceptrice, physiologiquement différenciée par le voisinage d'un nerf sensible.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE DIJON (Août 1911).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

40e SESSION.

Section d'Odontologie.

Par L. SOLAS,
Chef de clinique à l'E. D. P.

(Suite.)

La nature histologique de l'odontoblaste et le mécanisme de la sensibilité de la dentine, par M. Guérard. — Les essences en thérapeutique par M. Siffre. — L'emploi des ciments translucides. Leurs inconvénients, par M. G. Robin. — Procédé simple permettant l'emploi et le réglage de la force continue avec l'appareil de Francis Jean dans l'expansion des maxillaires supérieurs, par M. Fourquet. — Les dents minérales. La dent minérale G. Robin, par M. Georges Robin. — Appareil pour couler les métaux par la force centrifuge, par M. Soulard.

LA NATURE HISTOLOGIQUE DE L'ODONTOBLASTE ET LE MÉCANISME DE LA SENSIBILITÉ DE LA DENTINE, PAR M. GUÉRARD.

M. Guérard donne lecture de sa communication qui est publiée plus haut (V. p. 246).

L'auteur conclut que l'odontoblaste est une cellule du type conjonctif chargée d'élaborer la substance fondamentale de l'ivoire et dont le rôle dans la sensibilité se réduit à celui d'une cellule réceptrice physiologiquement différenciée par le voisinage d'un nerf sensible.

M. Arnal (de Dijon) regrette qu'une telle communication n'ait pas été publiée quelque temps à l'avance sous forme de résumé, étant donnée la difficulté d'une discussion dans cet ordre d'idées. Cependant il émet toutefois l'avis qu'il serait peut-être possible de voir une cellule se transformer en neuro-épithéliale de même que le cas se produit pour les myo-épithéliales.

M. Grimaud déclare qu'un ouvrage comme celui de M. Guérard ayant sa base sur une bibliographie des plus consciencieuses, et sur des recherches personnelles au laboratoire, ne peut véritablement

être discuté que par celui qui aura refait les expériences et les travaux dont l'auteur nous apporte les conclusions. Il félicite vivement M. Guérard pour sa belle communication et émet le vœu qu'elle soit suivie de nombreuses autres.

M. Siffre s'associe à MM. Arnal et Grimaud. Après avoir renouvelé les félicitations à M. Guérard il demande lui aussi qu'un résumé soit publié quelque temps à l'avance des communications les plus ardues à discuter.

Les essences en thérapeutique dentaire, par M. Siffre.

Les essences telles que la girofle, la cannelle, etc., jouissent de deux vertus principales qu'en odonthérapie on peut avec grand avantage utiliser.

C'est l'analgésie, l'antisepsie.

Analgésie. — L'application d'essence sur les tissus pulpo-dentinaires calme la douleur. Ce pouvoir peut être augmenté en alliant à l'essence des anesthésiques comme la cocaïne, la novocaïne-adrénaline, la morphine.

Antisepsie. — L'application d'essence dans les cas de carie au 4e degré est susceptible de réaliser l'asepsie des régions infectées. L'action antiseptique se prolonge, mais à la condition de soustraire les pansements à l'action des liquides buccaux, c'est-à-dire de pratiquer l'obturation provisoire à chaque application.

Le pouvoir antiseptique de l'essence peut être augmenté par l'adjonction d'antiseptiques puissants, sublimé, formol, iode, etc.

Mais dans l'analgésie comme dans l'antisepsie le milieu dans lequel on applique l'essence ne peut en être imprégné qu'à la condition ou de le déshydrater ou de rendre soluble dans l'eau cette essence. L'air sec, chaud ou froid réalise cette première condition, l'adjonction d'alcool à 90° dans la proportion de 10 0/0 à 50 0/0 réalise la deuxième.

M. Guérard fait remarquer que les éléments des dents jeunes doivent être traités au point de vue antisepsie comme des tissus mous, c'est-à-dire qu'il faut éviter d'employer les éléments thérapeutiques, physiques ou chimiques, aux doses et aux concentrations habituellement bien supportées par les tissus durs de la dent.

M. Grimaud dit que l'action des essences n'est pas niable, mais dans les agglomérations de médicaments composés, l'action intime de ceux-ci est bien difficile à saisir, à expliquer dans le détail. Il serait désirable de voir employer à cette étude les moyens les plus perfectionnés du laboratoire tels que les microscopes, les analyses *in vitro*, et *in vivo*.

M. Siffre fait remarquer que son travail est surtout empirique, il a

voulu surtout préciser un peu la manière d'employer les essences, insistant sur l'utilité qu'il y a à déshydrater les tissus sur lesquels on se propose d'agir.

Pour résoudre le problème il a cherché à employer des produits qui pussent imprégner les tissus. C'est de là qu'est venue cette adjonction d'alcool aux essences.

Il admet les réserves de M. Guérard sur les dents jeunes, il pense que dans toutes nos interventions nous devons être prudents.

Sur les cellules, étant donné que toute essence est avide d'oxygène, que d'autre part, la cellule a besoin elle aussi d'oxygène pour vivre, il doit forcément y avoir une mortification des cellules les plus superficielles, celles qui sont directement en contact avec le médicament, la question a besoin d'être étudiée de plus près quant à l'intimité de cette action.

La communication a surtout pour but de mettre en valeur les essences comme véhicules d'agents thérapeutiques plus actifs. Après s'être servi d'elles exclusivement pendant fort longtemps, on les a trop abandonnées, il faut les remettre à leur juste place.

Enfin par une thérapeutique plus raisonnée il faut essayer, chaque fois qu'il est possible, de réduire les doses employées, c'est le moyen le plus sûr d'éviter tout accident.

M. Grimaud remercie M. Siffre de sa communication, c'est une œuvre basée sur la clinique et l'observation. Un certain nombre de ses conclusions sont des plus utiles pour le dentiste, le travail particulièrement aride a été mené à bien, grâce à l'esprit clinique de l'auteur.

L'EMPLOI DES CIMENTS TRANSLUCIDES. LEURS INCONVÉNIENTS, PAR M. G. ROBIN.

M. Robin nous dit que dans sa pratique journalière il a observé environ 70 o/o de mortifications pulpaires sur dents obturées à l'aide de l'un des premiers en date parmi les ciments dits ciments-porcelaine.

A cette hypothèse que la mortification pulpaire est peut-être due à une certaine quantité d'arsenic contenue dans la poudre de ce ciment, il oppose l'impossibilité matérielle pour l'acide arsénieux de résister aux températures élevées subies par la poudre. S'il reste des composés arsénicaux, ils ne sont pas à l'état d'acide arsénieux. Il pense que c'est du côté du liquide qu'il faut chercher un produit nocif. Il signale également que dans un certain nombre de cas, les mortifications pulpaires observées se compliquaient de la présence de kystes. Il voit là une relation assez étroite, basant son opinion sur ses statistiques.

M. Fourquet associe ses critiques à celles de M. Robin, il condamne donc le ciment en question ; un nouveau produit vient d'être livré aux dentistes, c'est le « ciment synthétique ». Qu'obtiendrons-

nous avec ce ciment? L'avenir seul nous renseignera ; s'il faut en croire les premiers essais, ceux-ci seraient satisfaisants.

M. Siffre s'est servi depuis longtemps du ciment de Schonbeck, il en est satisfait. L'utilité des ciments transparents est incontestable, il ne faudrait pas par une critique trop vive de ceux-ci empêcher nos confrères de s'en servir. De nombreuses mortifications pulpaires sont signalées, le fait est vrai certainement. Quant à lui, il a pour principe de dévitaliser préventivement toute dent dont la pulpe lui paraît trop exposée pour supporter une obturation au ciment transparent.

Il faudrait procéder à une analyse minutieuse des ciments livrés au commerce, il faudrait une analyse non seulement qualitative, mais aussi quantitative.

M. Robin répond qu'il n'a pas voulu condamner en bloc tous les ciments transparents, c'est au ciment qu'il a spécialement désigné qu'il faut surtout adresser sa critique. Il se sert depuis quelque temps du ciment « synthétique », les résultats sont bons quoique trop récents, une seule chose lui semble à signaler dans l'emploi de ce dernier ciment. Les dents obturées avec celui-ci, présentent pendant quelques jours une légère sensibilité thermique.

Les analyses dont parle M. Siffre ont été faites par divers auteurs, en Allemagne, en France entre autres par M. Pont.

M. Pailliottin a depuis longtemps condamné le ciment incriminé par M. Robin. Il se demande s'il ne faudrait pas rechercher la cause de la mortification pulpaire dans le cas d'obturation faite à l'aide de ce produit, dans ce fait que lors de sa prise en masse, le ciment présente une élévation de température très notable.

M. Grimaud. — Peut-être dans le ciment existe-t-il des traces d'arsenic avide d'oxygène, pour lui il doit y avoir au moment de l'introduction du ciment dans la cavité, une action chimique immédiate dont les effets se poursuivant ne tardent pas à se faire sentir.

M. Siffre voudrait que l'on enquête sur les substances et sur les conditions capables de traumatiser la pulpe dentaire. Une fois nos idées bien fixées sur ce point peut-être aurions-nous une explication nette du mécanisme de la mortification par les ciments transparents en général, par certains en particulier.

M. Fourquet demande que l'on charge le président du prochain Congrès de mettre à l'étude la question des ciments transparents.

M. Siffre s'associe au vœu de M. Fourqu.t, il rappelle son vœu émis précédemment.

Procédé simple permettant l'emploi et le réglage de la force continue avec l'appareil de M. Jean dans l'expansion des maxillaires supérieurs, par M. Fourquet.

En quelques mots M. Fourquet nous décrit l'appareil F. Jean avec deux tubes dans lesquels pénètrent deux coulisseaux. M. F. Jean pour obtenir l'écartement se sert de petits anneaux métalliques interposés entre l'orifice du tube et le pied du coulisseau. M. Fourquet critique ce procédé qui ne se sert que de la force intermittente, il a eu l'idée d'introduire dans les tubes de petits blocs de caoutchouc, les coulisseaux viennent buter contre ces blocs, il est facile par une pression assez modérée de rapprocher les deux parties de l'appareil pour l'introduire dans la bouche du patient. L'élasticité des blocs de caoutchouc serrés dans les tubes, agit sur la tête des coulisseaux, tend à les repousser, écarte les deux parties de l'appareil au moyen d'une force continue. Donc deux avantages : Introduction facile dans la bouche, emploi de la force continue.

M. Grimaud félicite M. Fourquet qui nous a présenté un modèle d'une arcade notablement agrandie par ce procédé ; il lui demande de rendre pratique ce procédé en construisant un petit emporte-pièce qui taille vite les petits blocs de caoutchouc destinés à être introduits dans les tubes.

Les dents minérales. La dent minérale G. Robin, par M. Georges Robin.

M. G. Robin étudie la constitution et la résistance des diverses dents minérales employées, et présente une nouvelle dent minérale dont il démontre la qualité, la solidité et l'esthétique.

M. Siffre félicite chaudement M. Robin pour son intéressante communication. Comme Français il est fier de voir un de ses compatriotes s'ingénier à restaurer en France la fabrication des dents artificielles. Dans un pays comme le nôtre qui a l'honneur de posséder des manufactures de porcelaine comme Sèvres, Limoges, une pareille industrie ne peut manquer de prospérer. Il voit dans un avenir prochain la France échapper à l'obligation de se fournir à l'étranger pour ses dents artificielles.

Cependant une petite remarque lui est suggérée par l'observation attentive des dents présentées par M. Robin, la face postérieure lui apparaît un peu tourmentée, pas assez lisse, il craint que cela n'ait une importance lors de l'adaptation d'une contre-plaque.

M. Fourquet impute dans la grande majorité des cas la fracture des dents à la manière de contreplaquer ; le mécanicien tord souvent les crampons en prenant point d'appui sur la dent.

Il demande pourquoi dans les échantillons présentés par M. Robin il ne se trouve pas de molaires.

M. Grimaud soulève la question de savoir si dans une dent quelconque la teinte peut avoir une influence sur la solidité, si le jaune en particulier n'est pas plus fragile.

Il y a de longues années, 25 ans environ nous dit-il, il n'était pas rare de voir des dents craquelées de toutes parts résister pendant un temps indéfini à l'action de la mastication, aujourd'hui il n'en est plus de même, dès qu'une dent présente une craquelure elle est vite hors d'usage, d'où vient donc cette différence.

M. Robin répond à M. Siffre qu'il s'est aperçu en effet qu'au début de sa fabrication il n'obtenait pas à la face postérieure de ses dents une surface parfaitement lisse, au début il avait même une face concave, voulant obvier à cet invonvénient, il dépassa légèrement la mesure et obtint même une surface convexe ce qui pourrait très bien être acceptable, cependant actuellement il a perfectionné encore sa technique et il arrive à obtenir une surface parfaitement plane, ses derniers échantillons en font foi.

A M. Fourquet, il répond que la fracture de ses dents sous l'influence de la chaleur est rendue impossible par ce fait qu'il a obtenu une pâte ayant le même coefficient de dilatation que les crampons. Quant à la fracture causée par le mécanicien elle est également plus rare, ses dents étant supérieures, aux autres dents lors de l'essai au dynamomètre.

A M. Grimaud, il répond qu'il a essayé au dynamomètre un grand nombre de dents de teintes homogènes et de teintes différentes, il a conclu de ses expériences que la teinte n'a pas d'influence pratiquement appréciable sur la solidité. Du reste ce que le laboratoire est venu démontrer pouvait déjà être soupçonné lorsqu'on songe à l'infime quantité de matière colorante qui rentre dans la composition des dents minérales. M. Grimaud a vu des dents craquelées résister à l'usage, c'est qu'à l'époque à laquelle il fait allusion, une dent était composée d'un corps et d'une pâte de couverte. Il est probable que dans bien des cas les craquelures signalées n'intéressaient que la couche superficielle ce qui explique que la dent ait résisté aux efforts qu'elle avait à supporter.

A M. Grimaud qui trouve ses dents trop brillantes, il explique que c'est une question de cuisson, il cherche à atténuer un peu ce brillant, mais ce point est particulièrement délicat car une dent mate manque en général de solidité parce qu'insuffisamment cuite.

A M. Fourquet, il annonce qu'en ce moment il s'occupe de fabriquer des molaires, elles seront semblables à celles de de Trey, il fera des molaires avec cuspides abrasés selon les desiderata.

En terminant ses explications, M. Robin remercie chacun des

observations qu'il apporte, c'est en les écoutant, en travaillant à les élucider qu'il a réussi à fabriquer la dent minérale qu'il nous apporte aujourd'hui.

M. Grimaud félicite chaleureusement M. Robin, il souhaite longue vie à son œuvre ; il engage tous les dentistes français à y faire honneur.

Appareil pour couler les métaux par la force centrifuge, par M. Soulard.

C'est dans le laboratoire de notre confrère Arnal que *M. Soulard* fait la démonstration de son intéressant appareil.

Cet appareil est destiné à couler les métaux. Il utilise pour cela la force centrifuge.

En principe l'appareil comporte une barre métallique rigide longue d'environ 80 c. ; à l'une des extrémités de la barre, se trouve un godet mobile autour d'un axe horizontal, dans ce godet seront placés les cylindres de coulée. A l'autre extrémité, se trouve placée une masse de plomb destinée à équilibrer le godet et son cylindre ; la masse de plomb est divisible en fragments articulés, elle est mobile également le long de la barre principale.

Au milieu de la barre se trouve le centre de rotation. Celui-ci est constitué par un moyen des plus ingénieux. Il permet l'arrivée du gaz et de l'air comprimé, il permet également la rotation de tout l'appareil autour du moyeu.

Enfin un brûleur fixé sur la barre reçoit le mélange gaz et air arrivé au moyeu, ce brûleur est mobile, il se place facilement au-dessus du cylindre et permet de faire fondre le métal à couler.

M. Soulard explique en détail le fonctionnement de l'appareil, il nous fait voir également un dispositif spécial pour l'investissement de ses pièces ; à l'aide d'un anneau de caoutchouc à section carrée, il produit à la périphérie du cylindre tout autour de la base du cône qui va contenir le métal en fusion, une gorge en creux comparable à la gorge d'un évier ; ce dispositif présente cet avantage qu'au départ de la fronde alors que la force centrifuge n'a pas encore vaincu complètement l'inertie, la pesanteur du métal ; ce dernier se trouve retenu dans le cylindre. Cela est tellement vrai que dans une coulée faite sous nos yeux la gorge ayant été effritée en un endroit, une petite partie du métal s'est échappée par cette brèche alors que dans une coulée précédente où la gorge était intacte pas une parcelle du métal ne s'était échappée.

M. Soulard procède ensuite à une coulée d'aluminium. Il a disposé son revêtement de telle façon qu'un trou est ménagé dans le cylindre, permettant au métal après avoir parcouru la cavité creusée à son intérieur de ressortir par l'extrémité opposée.

L'expérience est parfaitement concluante ; la masse d'aluminium après avoir traversé une cavité irrégulière ressort tout entière sous l'influence de la force centrifuge par l'extrémité opposée du cylindre.

Dans une deuxième coulée également d'aluminium, M. Soulard nous fait en quelques minutes une pièce d'aluminium avec ses dents. Le résultat est superbe, pas une dent n'est fracturée, pas une bulle d'air ne se montre sur toute l'étendue de la pièce. Le métal un peu trop chaud pour la coulée a pris une apparence légèrement granuleuse, M. Soulard du reste avait prévu ce léger inconvénient. Quelques instants de patience auraient pu l'éviter aisément.

A la suite de cette intéressante démonstration, M. Arnal offre aux congressistes une cordiale réception au cours de laquelle s'engage une discussion au sujet de la présentation de M. Soulard. Chacun s'accorde à admirer la perfection de la pièce coulée en aluminium, que l'on vient de défaire de son revêtement. M. Soulard insiste sur la nécessité qu'il y a à ménager un trou de coulée suffisamment large dans le cas particulier de l'aluminium. Le diamètre employé dans ce cas est d'environ trois millimètres.

La séance continue ensuite au Lycée de jeunes filles lieu de réunion du Congrès ; le président félicite M. Soulard et donne la parole à M. Robin pour la discussion.

M. Robin se déclare pleinement satisfait des résultats obtenus par l'appareil de M. Soulard, d'autant plus que les conditions de l'expérience n'étaient pas parfaites. Il est évident que vu la simplicité de l'appareil, un praticien arrivera rapidement à obtenir des résultats aussi bons que ceux mis sous nos yeux. Une question importante est soulevée par M. Robin ; pourquoi semble-t-il quelquefois y avoir augmentation de volume de la pièce coulée et quelquefois diminution.

M. Soulard. — Lorsqu'on observe une augmentation de volume de a pièce coulée il faut incriminer le revêtement. La quantité d'eau nécessaire pour délayer celui-ci est mal déterminée, il ne doit pas être sans importance qu'il y ait un excès en plus ou en moins. Le chauffage également est souvent irrégulier. On conçoit que dans ces conditions, le revêtement une fois sec puisse manquer d'homogénéité, un revêtement trop riche en eau, et chauffé trop vite devient plus friable, il s'en détache facilement des parcelles, la couche superficielle s'effrite facilement. Le moule devenant ainsi plus volumineux, ses parois se laissant facilement effronder par la masse d'or en fusion, il s'ensuit qu'après la coulée la pièce métallique est plus volumineuse que la pièce en cire. Lorsqu'au contraire on observe une diminution de volume M. Soulard pense qu'il faut attribuer cette diminution au fait suivant. Pendant la chauffe du cylindre où la cire est mise en re-

vêtement, sous certaines conditions il arrive que la couche superficielle du revêtement en contact immédiat avec la cire s'infiltre de cette matière. La cire forme ainsi une certaine épaisseur à la surface du moule d'où la diminution observée.

M. Grimaud. — Souvent le revêtement est mal préparé, on y met trop d'eau, alors on veut corriger cet excès, on jette une partie de l'eau, le talc plus léger, qui surnage est jeté en grande partie, il en résulte un changement dans la composition du revêtement.

Souvent aussi il a vu créer des cheminées multiples, cela est tout à fait à l'encontre de ses idées. Pour lui une cheminée étroite force le métal à passer comme à travers une filière, le métal ainsi coulé est pour lui à peu près aussi élastique que le métal estampé. Dans le cas de cheminées multiples, le métal obtenu est de la fonte, il est mou, beaucoup moins dense. Dans ce cas particulier, la coulée s'effectuant pour ainsi dire à l'air libre, la force centrifuge n'agit pas autant pour condenser les molécules que le ferait la pression atmosphérique, ou la pression de vapeur d'eau.

M. Pailliottin nous dit que ses préférences vont à l'appareil qui est basée sur l'emploi de la force centrifuge, c'est une force permanente, elle est beaucoup mieux réglée que la force produite dans les presses au moyen de la vapeur d'eau. Pour ce qui est des trous de coulée il en fait souvent plusieurs dans le cas de coulée un peu volumineuse, il les dispose dans un mode radial par rapport à l'axe du cylindre.

(A suivre.)

IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

(31 *juillet* — 4 *août* 1911.)

Par Henri Chenet,
Externe des Hôpitaux de Paris,
Ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite et fin.)

M. Fenchel (Hambourg) présente le *sérum polyvalent de Deutschmann,* qu'il recommande contre toutes les infections aiguës, comme excitant puissant de la phagocytose et qui a l'avantage d'être sans contre-indication. L'auteur pratiqua l'injection pour deux cas de périostite dentaire, que nous revîmes le surlendemain à l'Ecole de stomatologie, considérablement améliorés.

M. Kormoczy (Budapest) fait présenter un *appareil protecteur des joues et de la langue pour l'usage de la scie circulaire et des meules.* L'appareil se compose d'un bouclier mobile fixé sur la pièce à main et qui enveloppe les meules sur les 3/4 de leur circonférence. Il peut s'ajuster et servir indifféremment de chaque côté, haut et bas.

M. Chomprel expose sa façon d'extraire les dents à l'aide du *syndesmotome.* Sectionnant, après anesthésie locale, le ligament sur tout le pourtour de la racine, il en pratique ensuite l'extraction avec la plus grande facilité.

MM. Ruppe et *Frey* présentent un *compas pour la mensuration des anomalies sagittales* d'après le principe de Marouzé. Ce principe est le suivant :

La distance entre l'orifice du conduit auditif externe et l'échancrure nasale du frontal doit, à l'état normal, être égale à la distance entre ce conduit et le bord incisif supérieur.

M. Réal (à l'Ecole de stomatologie) présente un *appareil pour la coulée des métaux par la méthode du vide* qui a déjà été présenté il y a deux ans à la *Société d'Odontologie* (juillet 1909) et qui a fait l'objet d'un intéressant travail dans ce journal (Voir *Odontologie,* 1910, VI, p. 57).

M. Cruel, rapporteur, prend la parole sur l'*unité des accidents de dentition.*

L'auteur voit l'unité de ces accidents dans le phénomène infection. Mais, alors qu'il prétend qu'elle peut se faire à travers la muqueuse gingivale suffisamment amincie, lors de la poussée de la dent, MM. Capdepont et Fargin-Fayolle soutiennent qu'il faut une ouverture de la cavité péricoronaire. M. Cruet qui veut bien admettre

cette théorie pour les accidents de la dent de sagesse, refuse de l'accepter en bloc, parce qu'il a vu fréquemment se produire des petits abcès au niveau de l'incisive supérieure au moment de sa poussée, alors qu'il n'y avait aucune ouverture de la cavité péricoronaire, ouverture pour laquelle on ne peut invoquer la pression sur la racine d'une dent voisine.

A cela, *M. Capdepont* répond qu'il ne peut pas admettre la pénétration directe de l'infection, qu'il y a toujours une porte d'entrée, que nous pouvons ne pas voir, et qui serait, dans le cas invoqué par M. Cruet, le gubernaculum dentis resté perméable.

Pour *M. Fargin-Fayolle*, il n'y a qu'un accident de dentition : la *péricoronarite*, les autres résultant de la virulence microbienne exaltée dans la cavité péricoronaire. Tous les accidents, dits de dentition, ne sont en réalité que des complications, soit de voisinage, soit d'origine lymphatique, veineuse ou réflexe. Les facteurs mécaniques amenant un retard dans l'éruption ne sont qu'une cause adjuvante, la cause déterminante étant unique : l'infection.

M. Franci (de Sienne) cite un *cas d'accident d'évolution de dent de sagesse.* Il s'agit d'une femme âgée de 72 ans, ayant perdu depuis longtemps ses dents excepté les deux incisives supérieures droites, qui présenta à la suite du développement de la dent de sagesse inférieure droite, des complications très graves. Le diagnostic fut difficile et la guérison ne fut obtenue qu'après l'incision des tissus mous et l'obturation de la dent atteinte de 4e degré.

M. Bacque (Limoges) rapporte un *cas de phlébite secondaire par infection d'origine buccale.* Après une extraction faite sans soins, dans un milieu septique, une malade fut atteinte de phlébite d'une jambe qui dura 4 mois.

M. Belot (Paris) insiste sur le *rôle de la radiographie en stomatologie* et, grâce à un indicateur d'incidence construit par lui, prouve qu'il est possible de dédoubler la projection des deux côtés du maxillaire, obtenant ainsi une image à lecture facile.

M. G. Tourtelot (Royan) rapporte un *cas de tic douloureux de la face datant de 18 ans*, et radicalement guéri en moins de 2 mois par les injections d'alcool et l'iodure de potassium à doses croissantes allant de 6 grammes à 15 grammes par jour, sans accidents d'iodisme.

MM. A. Marie et *W. Pietkiewicz* (Paris), dans une communication sur les *troubles trophiques bucco-dentaires,* estiment que le mal perforant dentaire n'est qu'une perforation traumatique accidentelle dans des tissus dystrophiés au cours d'une maladie célébrale ayant atteint les origines apparentes du trijumeau.

M. Rousseau-Decelle (Paris) explique ainsi l'*influence des irritations dentaires et alvéolo-dentaires, sur la production des dermatoses :*

1° Ou bien, l'irritation dentaire crée, dans un point localisé de la tête, de la face ou du cou, une zone de moindre résistance, une « zone d'appel » pour les dermatoses (acné, impétigo, eczéma, névrodermite, épithéliome, syphilome, lupus, pelade, etc...).

2° Ou bien la lésion alvéolo-dentaire aggrave une lésion cutanée déjà existante en projetant dans son territoire plus ou moins étendu une excitation supplémentaire.

M. Besson (Grenoble), *à propos du diagnostic de la névralgie faciale,* recommande les attouchements au chlorure d'éthyle pour diagnostiquer la dent malade qui est rarement celle incriminée par le patient.

M. Fargin-Fayolle expose la *pathogénie des collections suppurées d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale.*

Pour cet auteur, il se forme d'abord un abcès sous-périosté au niveau de la canine, puis, le pus se dirige vers la région du sac lacrymal, uniquement parce que le décollement du périoste est plus facile dans cette direction, ce qu'explique la topographie des insertions musculaires de la face antérieure du maxillaire supérieur.

M. Béal (Lille), ayant observé des *accidents tétaniformes* qui disparurent par l'extraction de dents obturées antérieurement, eut l'idée de reproduire expérimentalement ces accidents. Il put ainsi conclure que l'irritation produite sur le tronc nerveux de la dent par les toxines tétaniques peut très bien être la cause d'accidents tétaniformes semblables à ceux qu'il avait observés.

M. Tourtelot (Royan) cite un *cas de névralgie du trijumeau occasionnée par le choc brusque d'une grosse molaire du haut sur son antagoniste du bas,* qui ne fut guérie que par la divitalisation et le traitement de la dent.

M. Bozzo, rapporteur, lit une étude de critique des *classifications en orthodontie.*

L'auteur fait l'historique des différentes classifications (Magitot, Gaillard, Redier, Angle, Case, Godon, Herbst, G. Villain), et, après avoir trouvé des inconvénients à chacune d'elles, n'en propose pas de nouvelle, mais se contente des conclusions suivantes :

I. — Une classification doit être naturelle, générale et universelle, et aucune de celles proposées à l'heure actuelle ne réunit ces conditions essentielles.

II. — C'est surtout au mélange ou au mauvais choix des critères qu'est due cette imperfection des classifications actuelles.

III. — Une classification des anomalies dentaires ne pourra subsis-

ter que si elle est suffisamment large et si elle est basée sur le plus grand nombre de caractères possibles groupés par grandes familles suivant des repères nettement déterminés.

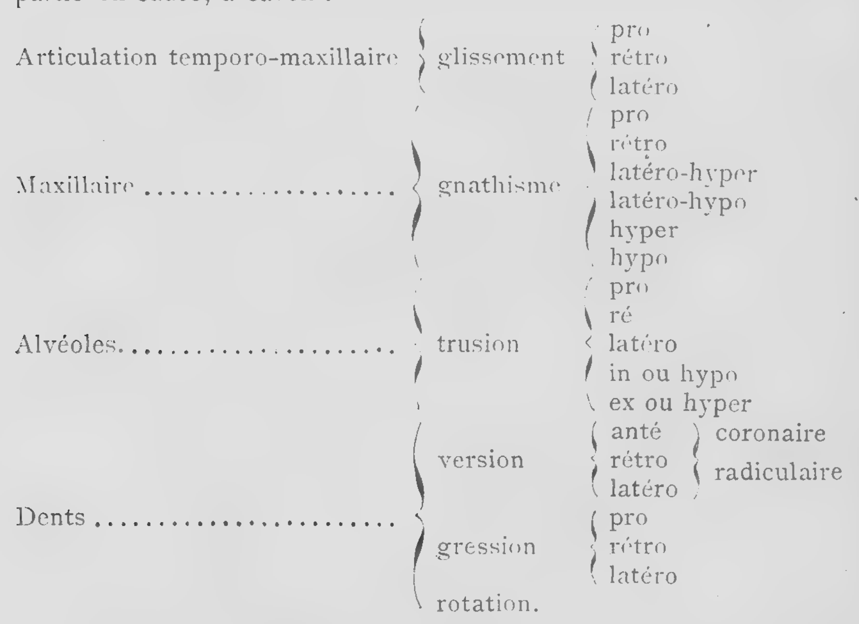
IV. — Et cette classification de l'avenir ne deviendra universelle qu'à la condition d'être secondée par une nomenclature également universelle.

V. — C'est surtout par l'étude de la terminologie qu'il faut commencer, et les deux questions, terminologie et classification ne peuvent se séparer.

VI. — Cependant, c'est encore, à l'heure actuelle, les conceptions générales de base qui, au point de vue classification, répondent le mieux à l'ensemble des faits observés.

M. Frey présente ensuite la *méthode de terminologie des malpositions dento-maxillaires* qu'il a soumise à la Société d'Odontologie en décembre dernier (V. *Odontologie,* 30 déc. 1910, p. 529; 1911, 30 janvier, p. 49) et qui est résumée dans le tableau suivant.

Il adopte, avec M. Villain, un ou plusieurs radicaux pour chaque partie en cause, à savoir :



Articulation temporo-maxillaire	glissement	pro	
		rétro	
		latéro	
Maxillaire	gnathisme	pro	
		rétro	
		latéro-hyper	
		latéro-hypo	
		hyper	
		hypo	
Alvéoles......................	trusion	pro	
		ré	
		latéro	
		in ou hypo	
		ex ou hyper	
Dents	version	anté	coronaire
		rétro	radiculaire
		latéro	
	gression	pro	
		rétro	
		latéro	
	rotation.		

M. Frey ayant une seconde communication à faire en collaboration avec M. de Nevrezé, se voit refuser la parole par M. Redier, président, qui allègue la non-participation de M. de Nevrezé au Congrès et ne veut voir son nom porté au compte rendu. M. Frey, invité à retirer le nom de son collaborateur, s'y refuse naturellement. Cet incident est commenté en des sens très divers. *M. Pierre Robin* a fait une nomenclature de la bouche et des dents, qui du reste a été

publiée. Son but a été d'objectiver les éléments que l'on nomme et que l'on écrit, à la fois dans leur individualité et dans leurs rapports réciproques. Comme en nomenclature chimique, chaque élément est désigné par une lettre, les majuscules étant réservées pour ceux du maxillaire supérieur, les minuscules pour ceux du maxillaire inférieur.

Puis l'auteur expose sa méthode des représentations graphiques et des gabarits obtenus en faisant faire l'occlusion de la bouche sur une feuille de cire enveloppée de papier fin et préalablement ramollie. On a ainsi un graphique des lignes cuspidiennes et de leurs points remarquables.

M. Fenchel, reprenant les travaux qu'il a présentés l'année dernière à nos lecteurs dans son travail sur la *constitution des métaux et des alliages* (V. *Odontologie,* 1910, p. 193), fait ensuite un exposé avec projections de l'*énergie dans les métaux,* énergie à laquelle il trouve trois formes, correspondant à trois états.

La cohésion, état solide.

La chaleur, libération des cristaux.

L'énergie moléculaire, état liquide, la molécule est libre.

Dans un mélange eutectique, la cohésion n'est qu'une cohésion mécanique, due à l'engrènement des cristaux.

Dans les cristaux mixtes, au contraire, les molécules de chaque métal alternent dans le mélange, et non plus des ensembles de molécules : l'énergie qui les unit est semblable à celle qui unit deux aimants. Et cet état d'équilibre persiste à l'état solide, et la chaleur absorbée par la fusion est restituée entièrement ; c'est l'énergie nécessaire à détruire l'action de leur densité que l'on nomme adhésion.

On comprend l'utilité de la connaissance de ces faits en art dentaire pour l'obtention des alliages à point de fusion déterminé, plus ou moins durs, ductiles ou cassants.

M. Bozzo, insistant sur l'étude et la mesure des profils en orthopédie dento-faciale, présente un *profiloscope,* appareil destiné à obtenir une photographie à échelle connue et toujours identique.

M. Terrier préconise le procédé suivant pour pousser les dents au cours des redressements avec appareil à plaque.

Dans la plaque est fixé un tube clos à la partie opposée aux lèvres : on place dans ce tube des fragments de caoutchouc qui par leur élasticité pousseront vers la dent une sorte de flèche incluse dans le tube et à l'extrémité de laquelle est soudée une plaque adaptée à la face linguale de la dent.

M. Manca (Sassari) décrit l'*influence du cartilage de Meckel sur le développement de la mandibule* et sur la formation des alvéoles den-

taires. Il aurait en effet une véritable action directrice sur les éléments épithéliaux profonds qui donnent naissance aux germes dentaires, et prend une part active à la constitution des alvéoles.

MM. Dieulafé et *Escuné* (Toulouse) présentent une étude sur l'*histologie des granulomes.*

M. Lorgnier (Saint-Omer) cite un cas de *kyste dû à l'amœba buccalis,* à la pointe d'une racine de molaire supérieure gauche.

M. Piperno (Rome) étudie les *érosions dentaires d'origine chimique ou mécanique* et donne des conseils d'hygiène buccale.

M. Franci (Sienne) cite un cas d'*érosion dentaire* étendu à toutes les dents, observé à la suite d'une fièvre typhoïde, chez une jeune fille âgée de vingt ans.

M. Bacque (Limoges) cite des cas d'*érosions dentaires* dues à l'hyperacidité buccale chez des malades atteints d'ulcère rond de l'estomac.

M. Caillon (Lyon) donne des principes de *prophylaxie bucco-dentaire.*

MM. Chapet et *Fulzer* (Paris) donnent des conseils aux praticiens sur l'*hygiène oculaire et visuelle.*

M. Ely (Paris) recommande un traitement et un régime recalcifiant chez les malades en état de grossesse, la *décalcification dentaire* présentant dans ces cas un véritable danger.

M. Hallopeau préconise, outre le traitement général de la syphilis, le *traitement local des syphilides de la langue par des attouchements avec le nitrate acide de mercure,* ou encore, si les lésions sont étendues, la succion fréquemment réitérée de pastilles contenant, soit un milligramme de sublimé, soit un centigramme d'hectine.

M. Jean Monod (Paris) présente une observation de prothèse de face : masque d'aluminium peint, muni d'yeux et de cils artificiels.

M. G. Robin présente *une nouvelle dent minérale* qui jouit d'une solidité et de qualités de naturel particulières et que les membres de la Société d'Odontologie ont pu apprécier quand cette dent leur fut présentée en juin 1910 par son auteur, qui a publié dans nos colonnes un intéressant travail sur les dents minérales (V. *Odontologie,* 1910, VII, p. 354).

M. Nuyts (Roubaix) donne des conclusions pratiques sur le travail à pont :

I. — Les piliers du bridge doivent toujours être dévitalisés.

II. — Le bridge à selle ne sera appliqué qu'au maxillaire supérieur dont la muqueuse est moins dépressible.

III. — Le bridge suspendu sera utilisé chaque fois que la hauteur

de l'articulation le permettra pour remplacer les molaires au maxillaire inférieur.

IV. — Le bridge à extension ne sera que très rarement employé.

V. — Dans les bridges fixes, on évitera le plus possible les dents plates contreplaquées pour y substituer les dents à tube et les diatoriques qui sont facilement remplaçables.

VI. — Le scellement des appareils à pont sera fait à la gutta.

M. Chaminade préconise les *émaux armés,* qui permettent d'obtenir une restauration aussi solide et aussi fine que possible.

M. Wiener obtient de la façon suivante des appareils inférieurs pesants.

Prendre deux empreintes dont l'une sera coulée en plâtre de marbre, et l'autre avec la pâte destinée à mouler les ouvrages de fonte.

Sur le modèle en plâtre de marbre, confectionner l'appareil en cire avec les dents et les crochets ; puis le porter sur le moule en pâte à moulage, dont on moule également la pièce entière, puis, effectuer la fonte.

M. P. Nespoulos décrit les *moyens de fixité des appareils de prothèse amovibles.*

M. Ferrier indique l'utilité d'*un vase à déchets* pour le praticien soucieux de l'asepsie.

M. Cournand (Paris) présente deux matières céramiques nouvelles, pour blocs d'obturation, dents à pivots (blocs de gencive qu'il nous avait présentés au Congrès de Berlin, en août 1909).

L'une de ces matières est une porcelaine, l'autre un émail opalescent. Donc, en appliquant sur la porcelaine cet émail, on constitue un bloc présentant une certaine analogie de structure avec la dent naturelle.

La matière porcelainique a pour caractéristique de se manipuler comme un ciment dentaire ordinaire, et de se comporter de même, c'est-à-dire que, mélangée à un liquide spécial, elle fait prise et forme un bloc indéformable. On peut donc prendre directement, avec la matière première de l'inlay définitif, l'empreinte de la cavité à obturer, d'où suppression des matrices en platine et de toutes les manipulations délicates qu'exige la confection des inlays d'après les procédés actuels. D'autre part, le bloc cuit dans cet état, conserve rigoureusement sa forme et son volume, d'où grande précision unie à grande simplicité d'exécution.

M. Cournaud recommande également de revêtir d'or fin la partie du bloc qui s'adapte aux parois de la cavité, et décrit les perfectionnements qu'il a apportés dans la pose et dans la confection des coiffes couronnes en émail armé.

M. Pont (Lyon) présente la deuxième question mise à l'ordre du

jour du Congrès : A quel âge doit-on faire les redressements ? Nous ne pouvons mieux faire que de donner ses conclusions :

I. — L'orthodontie est, à l'heure actuelle, une véritable science, et nous pouvons établir d'une façon méthodique les indications et les règles du traitement des malpositions dentaires.

II. — Toutefois, comme dans toute science nouvelle, il y a encore un grand nombre de questions qui doivent être étudiées et précisées, et en première ligne : « A quel âge doit-on entreprendre un redressement. »

III. — Deux opinions paraissent résumer l'état actuel de la question : l'ancienne méthode qui préconisait l'âge de 11 à 16 ans comme l'époque la plus favorable pour entreprendre un redressement.

La nouvelle école, au contraire, admet qu'il faut entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès qu'elles se présentent, et par conséquent dès leur début.

IV. — Pour les raisons exposées au cours de ce travail, il faut se rallier à cette dernière opinion, mais en faisant des restrictions pour les enfants âgés de 6 à 11 ans, c'est-à-dire pendant la période de remplacement des dents temporaires.

V. — Dans ces cas, la formule rigoureuse de la nouvelle école doit être discutée par le clinicien qui ne devra se prononcer qu'après un examen sérieux de l'état local, de l'état général et de la nature des malpositions.

VI. — A part ces légères restrictions, il faut donc entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès l'âge le plus tendre et dans un cas, nous avons obtenu un résultat rapide et favorable chez un enfant de 2 ans.

VII. — Si pour une raison quelconque un adulte porteur de malpositions dentaires ne s'est jamais fait traiter, on peut et on doit entreprendre le traitement.

VIII. — Il ne faut pas perdre de vue que le traitement curatif, c'est-à-dire la pose d'un appareil quelconque n'est pas le seul traitement orthodontique. Ici comme partout, le traitement préventif existe et doit précéder le traitement curatif. Il doit donc être fait à tout âge et le plus tôt possible.

IX. — L'orthodontie est maintenant une véritable science, avons-nous dit, mais la prophylaxie des malpositions dentaires est encore dans l'enfance : c'est dans cette voie que nous devons travailler.

M. Bogue (New-York) insiste également sur la mise en bonne forme de la bouche à l'époque des dents temporaires : sur l'ablation précoce, des végétations adénoïdes, la prophylaxie étant des plus importantes contre les difformités dentaires.

M. Mainguy (Nantes) est arrivé à établir que les malpositions dentaires sont le plus souvent la conséquence d'un trouble dans la fonction inspiration de l'air par le canal nasal et toujours aussi par diminution du calibre de ce canal. Il recommande donc le redressement précoce, avec maintien longtemps appliqué, lorsque le rhinologiste est intervenu pour les lésions nasales.

M. Pierre Robin, parlant de la migration des dents, estime que celle-ci se fait grâce à l'élasticité du ligament qui ne permettra le maintien des résultats acquis que si l'axe physiologique de la dent coïncide avec l'axe mécanique.

M. Otto Zsigmondy (Vienne) préconise l'emploi du *dioxyde de sodium pour l'élargissement des canaux*. Cette poudre, manipulée au moyen de fines sondes à canaux trempées dans la glycérine qui la fixe, est extrêmement pratique et ne présente aucun des inconvénients qui font repousser les autres procédés.

M. Nuyts compare la réimplantation, la résection de l'apex, et le curettage dans l'ablation du tissu nécrosé et de l'alvéole.

M. et Mme Fildermann, dont l'appareil, qu'ils ont présenté il y a deux ans à la Société d'Odontologie, est bien connu (V. *Odontologie*, 1909, VII, p. 340), réalisent en une séance le traitement de la carie dentaire par la méthode aspiratrice, remplaçant les produits nocifs successivement par de l'oxygène gazeux, des vapeurs de formol chaudes et de la paraffine goménolée fondue qui est abandonnée dans la dent.

M. Talbot (Chicago) expose en anglais, dans une longue leçon avec projections, l'*évolution dans la dégénérescence*.

Puis, ce sont les adieux de M. Ferrier aux congressistes, les remerciements des membres du Congrès au comité d'organisation, qui non seulement sut régler le travail et le rendre utile, mais sut également couper les séances des distractions multiples et variées, de réceptions charmantes et cordiales.

Enfin, sont émis les vœux suivants :

1er vœu. « Le troisième Congrès de Stomatologie aura lieu à Paris en 1915 ». *(Adopté à l'unanimité.)*

2e vœu. De M. Redier.

« Le nom d'un stomatologiste ou chirurgien-dentiste exerçant en France ne pourra être porté au programme du Congrès, s'il n'y a pas été officiellement inscrit. »

Ce vœu gêne quelque peu les congressistes, qui néanmoins l'adoptent, ce que M. Galippe regrette, trouvant inadmissible d'éliminer ainsi tous les travaux scientifiques que les stomatologistes ne peuvent faire qu'en collaboration aussi bien avec des savants non spécialisés qu'avec des chirurgiens-dentistes.

On remarquera qu'une partie des communications faites au Congrès de Stomatologie avaient déjà été présentées devant des Sociétés de chirurgiens-dentistes et que, pour sa part, la Société d'Odontologie avait eu la primeur de bon nombre d'entre elles. Cette constatation n'est pas pour nous déplaire. Voir à ce sujet la collection de *L'Odontologie*.

N. D. L. R.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

Impressions.

La Fédération dentaire internationale a tenu à Londres, les 1er, 2 et 3 août, sa 11e session dans laquelle elle a poursuivi avec une ardeur toujours plus grande le cours de ses importants travaux.

Avec les membres des diverses commissions internationales accourus nombreux grossir les rangs de cette vaste organisation professionnelle, ses fondateurs, inlassables pionniers du Progrès, et les membres de son Conseil exécutif ont longuement et utilement délibéré.

Dans la plus grande capitale du monde, la plus grande organisation professionnelle internationale tenait ses assises, et de tous les points du globe le monde odontologique avait envoyé ses représentants discuter du présent et de l'avenir de notre profession, émettre des vœux, des avis pour son progrès professionnel et social.

Venus de Buenos-Ayres, de La Havane, de Chicago, de Panama, de Philadelphie, de Naples, de Glasgow, de Strasbourg, de Francfort, d'Edimbourg, d'Amsterdam, de Stockholm, de Bruxelles, de Vienne, de Rome, de Madrid, de St-Pétersbourg, de Berlin, de New-York, de Londres ou de Paris, les représentants de l'Odontologie firent à Londres, devenue pour trois jours la capitale odontologique mondiale, du bon et utile travail. Après onze ans d'existence on a pu constater que la Fédération était plus vivante que jamais.

La F. D. I. vit parce que, en dehors de la franche cordialité que les réceptions toujours plus brillantes des pays dont elle reçoit l'hospitalité entretiennent entre ses membres, elle apporte, par les décisions et les vœux qu'elle adopte, des encouragements, des avis précieux aux diverses Fédérations nationales qui ont pour mission d'adapter ces vœux et ces décisions aux lois et aux coutumes de leurs pays respectifs.

La F. D. I. doit vivre parce qu'elle répond à un besoin de solidarité universelle, à la fois professionnelle et sociale.

La F. D. I. vivra parce que son autorité grandit chaque année et que la semence généreuse qu'elle répand sur les œuvres sociales et professionnelles fructifiera, de plus en plus fécondée par la science et la philanthropie, sources inépuisables de progrès.

*
* *

Nul n'a le droit d'ignorer l'œuvre de la Fédération, tous les dentistes ont le devoir de s'intéresser au but noble et élevé qu'elle poursuit.

Fondée à Paris en 1900 à la suite du 3e Congrès dentaire internatio-

nal sur l'initiative de Charles Godon, la F. D. I. mit quatre années à s'organiser, et en 1904, à Saint-Louis, le 4e Congrès dentaire international sanctionnait l'œuvre accomplie, rendait hommage à l'action utile de la F. D. I., lui donnait des statuts, un règlement et formait définitivement ses diverses commissions.

Le Conseil exécutif de la F. D. I. n'avait d'ailleurs pas attendu que les statuts et règlements fussent définitivement ratifiés pour commencer l'œuvre de cette importante organisation, « la F. D. I. se trouvait, au lendemain de l'heure d'enthousiasme du Congrès de Paris en 1900, réduite à quelques unités. Mais ces confrères qui, pour la plupart sont encore parmi nous, étaient de ceux qu'un dévouement indéfectible lie à leur profession et qui ont la foi tenace en la vitalité de l'œuvre qu'ils fondent... Présidés par cet homme d'énergie tenace et cet habile administrateur qu'est son président d'honneur M. Charles Godon [1] », ils constituèrent les premières commissions, en élaborèrent les programmes et pendant quatre années préparèrent l'œuvre qui prit corps pendant les cinq années qui suivirent et dont la profession tout entière bénéficie actuellement.

Le but de la Fédération dentaire internationale est aisé à définir : travailler à l'élévation du dentiste dans la société en recherchant les moyens propres à perfectionner sans cesse son instruction professionnelle, propager l'hygiène dentaire en montrant aux gouvernants et aux masses populaires l'impérieuse nécessité des soins de la bouche. Coordonner et diriger les efforts pour grandir sans cesse et défendre notre profession et ses membres pour le bien de la collectivité sociale, tel est le programme que se sont proposé les fondateurs de cette Fédération, celui que poursuivent ses adeptes et pour lequel elle fait appel à tous les odontologistes.

Pour atteindre ce but la Fédération dentaire internationale n'a pas besoin de s'appuyer sur une autorité effective, elle s'appuie uniquement sur la raison et le triomphe de celle-ci est assuré par l'autorité et le désintéressement des membres qui composent ce « corps professionnel consultatif », comme l'a baptisé M. Godon.

* * *

Je n'entreprendrai pas ici de décrire cette œuvre tout au long, il me faudrait refaire l'historique de la F. D. I. que l'on trouvera dans le compte rendu de la session de Berlin [2]. Mais je rappellerai que la Commission d'enseignement de la F. D. I., après huit années de tra-

---

1. Discours du Président de la F. D. I. à l'ouverture de la session de Berlin et compte rendu de cette session, 1909.
2. Voir *Odontologie*, septembre et octobre 1909.

vail, élabora un programme minimum et un programme idéal des études dentaires et que c'est d'après ce dernier que le décret de janvier 1909 a modifié les études exigées en France pour l'exercice de notre art.

Les conseils de la F. D. I., de plus en plus écoutés, tendent à unifier la durée des études dentaires dans les divers pays. Cette année, la Commission d'enseignement a entrepris l'élaboration du programme détaillé des études et l'examen des méthodes pédagogiques susceptibles d'assurer le meilleur enseignement.

Après avoir entendu le rapport de son président, le professeur Kirk, doyen de l'Université de Pensylvanie [1], la Commission discuta la nécessité du stage et conclut en déclarant que le stage de prothèse devait se faire avant d'entreprendre les études de scolarité et qu'il était souhaitable de voir disparaître le stage chez le praticien, le stage devant se faire dans les écoles professionnelles. L'Angleterre qui depuis de longues années a institué le stage de prothèse, a reconnu par l'organe de ses représentants les plus autorisés l'infériorité du stage chez le praticien (apprentissage) sur le stage à l'école, c'est elle qui déclara souhaitable la suppression progressive du stage chez le dentiste.

De son côté, la Commission d'hygiène, après avoir adopté dans ses grandes lignes, les divers modes de propagande et les moyens d'action pour atteindre le but qu'elle poursuit, créa les « Comités nationaux d'hygiène dentaire » ; elle reçut l'adhésion, cette année, de plusieurs Comités nationaux nouvellement constitués parmi lesquels celles de deux Comités français. Le Conseil exécutif ratifia la décision tendant à écarter toute action commerciale de la Commission dans ses moyens de propagande (vente de brosses à dents, tableaux muraux ou brochures), déclarant que dans chaque pays le Comité national restait libre de choisir le mode de propagande susceptible de produire les meilleurs résultats.

Au sujet des Comités nationaux français d'hygiène il s'est produit quelques incidents, insignifiants peut-être, mais fâcheux, qui m'ont rappelé ce que disait H. Huchard dans son compte rendu du Congrès médical de Budapest [2]. « Mais, si les étrangers savent si bien s'entendre, oublier en dehors de leur pays les inévitables divisions et les mesquines questions de titres officiels et de préséance, pourquoi n'en est-il pas toujours de même des Français ? »

C'est parce que les Français ne savent pas toujours écarter des délibérations internationales les questions purement nationales, à plus forte raison les questions de personnes, toujours mesquines d'ailleurs.

On ne devrait pas voir un homme représentant par la force ou par l'intrigue un groupement national vouloir se substituer à celui qui, par

1. Voir le compte rendu qui suit.
2. Voir *Journal des Praticiens*, 25 septembre 1909.

son nom, par les services rendus, par l'estime de ses collègues, représente réellement sa profession dans son pays. Comme le dit Huchard, « les étrangers nous rendent plus justice », car ils jugent les choses de plus loin sans laisser troubler leur jugement par les petites questions d'intérêt personnel, d'ambition ou de jalousie.

C'est ainsi que, à cette dernière session de Londres, dans la séance solennelle d'ouverture de la Fédération, le professeur Brophy, de Chicago, tint à exprimer la confiance de ses compatriotes dans la F. D. I. et dans les hommes désintéressés qui l'ont fondée et fait vivre, et, lorsque, proclamant la profonde reconnaissance de tous pour le « grand Français qui la créa et n'a jamais manqué de lui apporter à chacune de ses sessions son aide précieuse, son intelligente diplomatie, sa haute autorité », l'orateur se tourna vers Charles Godon, la salle entière crépita en longs applaudissements et de cela les dentistes français doivent être fiers.

GEORGES VILLAIN.

SESSION DE LONDRES, AOUT 1911.
(Suite.)

Réception du 31 juillet.

Le 31 juillet au soir, le président et le bureau de l'Association dentaire britannique ont reçu, à l'Hôtel Cecil, les membres de la F. D. I. Une centaine de personnes étaient présentes.

M. W. H. Waite, président sortant de l'Association, a souhaité la bienvenue à la F. D. I.; M. Brophy lui a répondu au nom de celle-ci.

Séance d'ouverture.

Mardi 1er août, 10 heures du matin, au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre.

Sir Henry Butlin, président du Collège, occupe le fauteuil de la présidence ; à ses côtés sont assis MM. Paterson, Kirk, Jessen, Schäffer-Stuckert, Francis Jean, Godon.

Il déclare la séance ouverte.

M. W. B. Paterson prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs, Sir Henry,

J'ai l'honneur de vous exprimer, de la part de mes collègues de la Fédération dentaire internationale, le plaisir avec lequel nous vous voyons occuper la place de président à cette séance d'ouverture.

L'année dernière, à l'Université de Paris, notre président était l'éminent Professeur de physiologie Dastre, qui nous adressa un éloquent discours et nous rappela le bon enseignement et les excellents conseils

que son distingué prédécesseur Paul Bert donna à différentes reprises à la profession dentaire.

La seule et unique occasion où la Fédération se soit déjà réunie dans ce pays fut en 1901, à Londres, et ensuite à Cambridge, dans la salle du Trinity Collège, sous la présidence de feu Sir Michael Forster.

L'adresse philosophique que nous eûmes alors le privilège d'entendre au sujet de l'éducation professionnelle est restée profondément gravée dans notre mémoire jusqu'à ce jour.

Ces illustres exemples de présidence sont, je me permets de le dire, entièrement égalés aujourd'hui par la présence du président du Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre.

Ce Collège, avant tous les autres Collèges, représente pour les chirurgiens-dentistes d'Angleterre « l'Alma Mater » de la profession dentaire.

Je n'ai pas l'intention, cependant, de parler des relations de ce grand Collège avec la profession dentaire : qu'il me suffise de dire que nous sommes très fiers de notre « Alma Mater » et que nous sommes enchantés d'avoir l'honneur de montrer à nos confrères étrangers la splendeur de son Musée et de ses annexes.

Comme président de la Fédération dentaire internationale mon premier et plus agréable devoir est de vous prier, Sir Henry Butlin, d'accepter pour vous-même et les membres du Conseil de votre Collège nos remerciements les plus sincères pour la courtoisie que vous avez montrée et l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être notre président à cette séance.

Avec votre permission, je vais maintenant adresser à mes collègues quelques remarques au sujet des raisons de cette réunion.

Messieurs, nous sommes réunis ici aujourd'hui à un double titre : tout d'abord ceux qui parmi nous sont les délégués de diverses Associations dentaires du monde entier affiliées à la Fédération forment ici un Conseil exécutif chargé de discuter certains points des procès-verbaux de notre dernière réunion à Paris, à Pâques 1910, et aussi d'examiner les nouvelles questions relatives aux dispositions à prendre pour le futur Congrès dentaire international, qui aura lieu à Londres en 1914.

Deuxièmememt, ceux d'entre nous qui sont membres de comités ou de commissions, comme on les appelle dans notre Fédération, sont ici pour étudier des sujets d'un intérêt considérable, dont les détails ont été signalés dans un ordre du jour qui vous a été communiqué.

Toutes ces questions demandent, évidemment, pour être étudiées, plus de temps que ce Congrès ne peut leur en réserver. Les propositions du Dr Kirk à la Commission d'enseignement ne sont, à vrai dire, que le commencement d'un sujet important à étudier et à discuter, à savoir « les meilleures méthodes à suivre dans l'enseignement de la dentisterie, opératoire et prothétique ». L'étude de la pédagogie est nouvelle dans le monde de l'éducation en général ; mais, à notre point de vue, nous pouvons dire qu'elle fait sa première apparition à cette réunion. C'est une coïncidence très curieuse et cependant digne de remarque qu'un sujet de cette nature fasse l'objet d'une discussion dans une

conférence de professeurs venus de différentes écoles dentaires de ce pays et de membres de l'Association dentaire britannique intéressés par l'enseignement.

Cette conférence aura lieu demain à l'Université de Londres après la réunion de la Fédération au même endroit. Au nom de la Fédération, je désire inviter les membres de la conférence à bien vouloir assister à notre réunion qui précédera la leur.

Je ne suis pas un apologiste du sujet choisi par notre Commission ou par la conférence.

L'étude des méthodes d'enseignement et des professeurs n'est pas un simple art de pédagogie abstrait, ce n'est pas non plus du pédantisme. Dans un art comme la dentisterie, les méthodes d'enseignement sont la seule matière qui compte réellement dans la pratique.

J'ai déjà fait allusion à notre devoir de commencer à ce meeting la préparation du prochain Congrès dentaire international. Nous avons avec nous pour ce travail notre secrétaire général, le Dr Schäffer-Stuckert. Je suis heureux de voir qu'il ne se ressent nullement de ses travaux gigantesques dans l'organisation du dernier Congrès de 1909. Je crois qu'il doit terminer ses travaux touchant ce Congrès en nous présentant aujourd'hui le second volume de ses « Comptes rendus ».

Sa profonde connaissance et sa grande expérience en matière de Congrès doivent être utilisées par nous autant que possible. Il est plus que douteux que nous puissions jamais, dans ce pays, rivaliser avec le Congrès allemand. Ce qui est certain, c'est qu'aucun gouvernement dans ce pays ne mettra à notre disposition la Chambre des Communes, ni n'agira envers notre Congrès d'une manière aussi généreuse ni aussi royale que le gouvernement prussien, alors qu'il donna à la profession dentaire du monde entier la permission de se réunir dans son noble Palais du Reichstag.

Dans la Commission d'hygiène le Professeur Jessen a beaucoup d'excellent travail à nous communiquer, ainsi qu'une série de propositions relatives à notre conduite future à nous soumettre. Nous connaissons le professeur Jessen comme un grand enthousiaste de la cause de l'hygiène dentaire publique, plus spécialement en ce qui concerne les enfants des écoles et les cliniques.

Je crois qu'il compte en ce moment 120 de ces cliniques scolaires dans les villes importantes d'Allemagne. Comme tous les enthousiastes, il est impatient à l'idée de quelque retard dans la rapidité du progrès. L'argent est nécessaire pour étendre la propagande de sa Commission. « Il faut en trouver » dit-il, « d'une façon ou d'une autre ». Les cliniques scolaires lui ont prouvé leur valeur par l'utilité de leurs services et par l'économie d'argent (aussi la Fédération doit-elle veiller à ce que le monde les accepte dans leur ensemble) ; et si l'on regarde les statistiques montrant l'énorme proportion de la carie dentaire dans les nations civilisées, plus tôt les gouvernements et les autorités seront décidés à les accepter, mieux cela vaudra pour l'hygiène des peuples.

Ces paroles et ces sentiments sont bons et courageux. Hélas ! je crains que le professeur Jessen ne soit mécontent de la lenteur des progrès faits par les cliniques scolaires dans ce pays.

Il y a plus de 20 ans que l'Association dentaire britannique prit l'initiative du mouvement en faveur des soins à donner aux dents des enfants dans les écoles de notre pays et il est très regrettable de constater que nos autorités municipales ouvrent seulement maintenant les yeux sur les besoins de la collectivité.

Dans un vieux pays comme la Grande-Bretagne, avec ses vieilles institutions et ses vieilles traditions, il n'est pas facile de changer rapidement les us et coutumes : « lentement et sûrement » est la vieille devise chère au cœur des Anglais.

Nous n'avons pas encore compris l'importance, l'utilité et la valeur économique des cliniques scolaires ; mais grâce, en grande partie, à la loi sur les assurances (copiée sur le système économique allemand) sur laquelle notre ministre des Finances vient d'attirer l'attention générale, le mouvement d'hygiène publique, qui comprend les soins à donner aux dents, augmente de jour en jour.

Au moment où le Congrès dentaire international se réunira dans cette ville, nous serons probablement en mesure de montrer quelques résultats importants du mouvement d'hygiène dentaire et, dans tous les cas, nous voulons l'espérer.

En ce qui regarde la Commission de terminologie dentaire, je ne puis faire aucune remarque, car je n'ai pas l'ordre du jour du Dr Grevers sous les yeux, mais en toute amitié et en bonne part je désire faire remarquer au Dr Grevers un mot dont la dérivation, la terminologie et la vraie signification demandent quelque explication. Ce mot est « stomatologiste ».

Dans une conversation que j'ai eue récemment avec un membre du Bureau du Congrès médical international, qui, de plus, est un élève de l'Université d'Oxford, j'ai appris que le mot stomatologiste n'avait aucune signification pour lui quand il était appliqué à une branche de la médecine ; ma réponse naturellement fut : Pourquoi alors s'en servir ? Il me renvoya aux membres étrangers du Bureau qui avaient adopté le terme pour une des sections du futur Congrès médical international. Il est certain que les significations données à ce mot, quand il est employé par les dentistes, n'ont pas la sanction des savants.

Notre section de Bibliographie et Documentation a des rapports très étroits avec la terminologie et a été établie à Paris sous la présidence de M. Huet l'année dernière, bien que sa création ait été décidée au Congrès de Berlin l'année précédente.

Je crains que les membres de la Fédération et les sociétés affiliées n'aient pas saisi entièrement l'importance de cette section. Comme moyen d'indexer et de classifier méthodiquement tout ce qui a paru dans les journaux français, allemands, anglais et espagnols durant les cinq dernières années, elle paraît devoir répondre à un besoin des plus accentués.

M. Huet nous parlera demain du résultat de sa circulaire adressée aux sociétés affiliées à la Fédération. En attendant, il me semble que je puis faire appel en toute sécurité à la générosité des membres présents et principalement de ceux qui dirigent des journaux dentaires, pour envoyer les exemplaires qui leur restent des derniers numé-

ros, ou même de leurs index, à M. Huet, et, à l'avenir, pour lui expédier régulièrement deux exemplaires de chaque numéro de leurs journaux.

Je dois maintenant annoncer à la Fédération que la demande faite au Comité permanent du Congrès médical international d'admettre au futur Congrès les « Dentistes en tant que Dentistes, » n'a pas encore reçu de réponse.

Le Dr Burger, secrétaire général, nous a informés que le Comité permanent a adopté, dans le règlement du 18e Congrès qui doit avoir lieu à Londres en 1913, la résolution qui se trouve dans le règlement du Congrès de Budapest de 1909, c'est-à-dire que « seuls seront susceptibles d'être admis au Congrès médical international ceux qui posséderont un diplôme médical, ainsi que les savants présentés soit par le Comité national, soit par le Conseil exécutif ».

Ce changement des habitudes des Congrès médicaux internationaux antérieurs à celui de Budapest est regrettable. La perte cependant est pour le Congrès médical et non pour nous.

On pourrait trouver dans cette décision une certaine dose de fruste logique, si le Comité permanent n'avait décidé d'établir une section stomatologique à laquelle prendront part les dentistes en possession d'un diplôme médical. Pour ma part, je crois, d'après les conversations que j'ai eues avec des membres du Bureau du Congrès de ce pays, que l'admission des dentistes au Congrès de Londres aurait été acceptée si la décision en avait été laissée aux Anglais, et si des dentistes avaient demandé leur admission. Dans un Congrès composé seulement d'Anglais, dans le courant de l'année prochaine, il est probable qu'une telle requête n'aurait pas été formulée.

Cependant nous devons accepter la situation telle qu'elle est. Ce n'est probablement qu'une séparation momentanée de la médecine et de la dentisterie. La pensée d'un réel divorce serait trop absurde à envisager, si nous considérons un instant combien dans les professions dentaire et médicale s'est développée la connaissance des rapports intimes et de la dépendance d'un grand nombre de maladies de l'organisme qui ont les affections buccales comme point de départ. On voit combien cette situation est liée à l'enseignement professionnel dès qu'on se demande si l'instruction d'un dentiste le rend capable de comprendre les aspects pathologiques d'une maladie de l'organisme dans ses rapports avec sa spécialité. Et s'il ne l'est pas, pourquoi ne l'est-il pas ?

Alors il nous faut faire passer dans le creuset de la critique les systèmes et les méthodes actuels d'enseignement des professions médicale et dentaire.

Mais je dois m'arrêter ici. Qu'il me suffise de vous dire que l'objet principal de l'existence de notre Commission d'enseignement est l'amélioration des systèmes et méthodes d'enseignement actuels concernant l'étudiant en dentisterie.

Et pour finir, permettez-moi de dire au sujet de cette question et de toutes les autres auxquelles cette Fédération s'intéresse qu'il faut toujours nous rappeler que la Fédération dentaire internationale est un corps consultatif.

Nos opinions ne tirent leur force et leur valeur d'aucun esprit d'autocratie; nous n'avons aucune force de police pour faire exécuter nos décisions. Elles n'ont de valeur que parce qu'elles reposent sur la pure raison, sur un jugement indépendant et sur la justice.

Abordons donc les travaux de notre session actuelle, en ayant conscience de nos droits, ainsi que de nos devoirs, et dans nos délibérations inspirons-nous de ce que Lord Morley appelle « Un esprit sain et juste ».

Maintenant, monsieur le président, suivant nos habitudes, je dois prier les représentants présents des différentes nationalités de vous adresser leurs salutations. Mais avant de le faire, je désire vous présenter, ainsi qu'à tous les membres de la réunion, le secrétaire honoraire de l'Association dentaire britannique, M. Norman Bennett, qui a une communication à vous faire.

Maintenant, je m'adresse aux représentants accrédités des gouvernements étrangers et je vous présente le Dr Kirk, doyen de la Faculté de dentisterie à l'Université de Pensylvanie, qui est accrédité par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

Je vous présente ensuite le Dr Navarro, accrédité par le Président de la République de Panama.

Et, en suivant la liste alphabétique française, je continue par :

Le Professeur Walkhoff, représentant de l'Allemagne et dernier président du Congrès dentaire international;

République Argentine, le Dr Etchepareborda;
Autriche, le Dr Weiser;
Belgique, le Dr Rosenthal;
Cuba, le Dr Weiss;
Espagne, le Dr Aguilar;
France, le Dr Godon (Doyen de la F. D. I.);
Hollande, le Dr Grevers (Utrecht);
Italie, M. Guerini;
Norvège, le Dr Ottenson;
Russie, le Dr Daubry;

Le président de la Commission d'hygiène, prof. Jessen;

Le président d'honneur de la Commission d'enseignement, prof. Brophy.

M. Norman Bennett, secrétaire honoraire de la British Dental Association, parle au nom de cette dernière :

Au début la F. D. I. n'était pas très bien vue par la B. D. A.; mais l'esprit de cette dernière a changé et maintenant la Fédération peut compter sur l'appui de l'Association, car la Fédération n'impose pas ses opinions, elle les propose seulement.

La B. D. A. est ravie de recevoir les dentistes étrangers, d'écouter leurs observations et d'apprendre d'eux quelque chose d'utile. Il espère qu'ils prendront part aux discussions de l'Association.

M. Kirk (Philadelphie) apporte les salutations de l'Amérique et fait part du profond intérêt que ses concitoyens portent à la Fédéra-

tion. Une évolution se fait dans son pays ; on y étudie les divers procédés pédagogiques en matière d'enseignement dentaire.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle le Bureau de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis invite la F. D. I. à tenir sa prochaine session aux Etats-Unis et insiste sur la cordialité de l'invitation.

M. Jessen (Strasbourg) prononce le discours que nous avons publié dans notre numéro du 15 juillet.

M. Schäffer-Stuckert (Francfort-sur-le-Main) apporte les salutations de M. Walkhoff, président de l'Association centrale des chirurgiens-dentistes allemands. Les délibérations de la F. D. I. offrent un grand intérêt pour l'Allemagne. Il présente les deux volumes du compte rendu du Congrès de Berlin (1909), qui constituent un travail considérable ; ils contiennent plus de 700 figures. Il est heureux de faire ce dépôt, qui témoigne du succès de cette grande réunion, et d'offrir ces volumes à la Fédération.

M. Brophy (Chicago) exprime sa satisfaction d'être présent à la session et apporte les salutations du corps des professeurs de l'Ecole dentaire de Chicago. Etre là, c'est recevoir une grande leçon en présence d'un homme aussi illustre que John Hunter, dont le portrait, placé dans la salle, paraît éclairer les délibérations de l'assemblée.

Ses compatriotes ont confiance dans la F. D. I., car les hommes qui l'ont fondée ne l'ont pas fondée pour leur propre profit. Il exprime sa profonde reconnaissance au grand Français qui l'a créée, puis a assisté et aidé tous ses collègues et qui n'a jamais manqué une seule fois aux sessions de la Fédération; il veut dire M. Godon (*Applaudissements*). M. Aguilar est dans son cas.

La Fédération a à regretter l'absence de quelques-uns de ses membres, qui sont décédés.

Les enseignements que les membres présents vont rapporter de la session de Londres auront une grande valeur et, pour sa part, il doit honorer l'homme qui a tant fait pour les dents de ses concitoyens : le professeur Jessen.

Les comptes rendus du Congrès de Berlin seront lus en Amérique avec grand intérêt.

M. Etchepareborda (Buenos-Ayres) remercie la Fédération de l'honneur qu'elle lui fait en le recevant en qualité de représentant de la République Argentine, titre que son Gouvernement a bien voulu lui conférer.

M. Weiser (Vienne) dit que la F. D. I. a fait faire de grands progrès en matière d'hygiène et d'enseignement dentaires. L'art dentaire s'est rapproché de la médecine et il a créé des sections dentaires dans les Universités.

Il est heureux de voir la F. D. I. se réunir à Londres pour la seconde fois ; il exprime ses souhaits de succès à cette réunion. La pré-

sidence d'un membre du Collège des chirurgiens a une haute portée.

M. Rosenthal (Bruxelles) remercie le Collège royal des chirurgiens de l'hospitalité qu'il offre à la F. D. I. et de la présidence qu'il a acceptée. Il rappelle les événements qui se sont passés en Belgique depuis un an. Le 2e Congrès dentaire national belge a eu lieu en 1910; il en offre le compte rendu à la F. D. I., avec laquelle les dentistes belges sont en communauté d'idées.

Il a été créé un cabinet dentaire idéal à l'Exposition de Bruxelles. Il remercie l'Angleterre d'avoir reconstitué sa section après l'incendie qui l'avait dévorée ; il la remercie également de l'hospitalité qu'elle offre à la Fédération.

Un comité d'hygiène dentaire a été créé en Belgique. La Fédération dentaire nationale belge a organisé un pétitionnement contre le projet de loi sur le doctorat en médecine obligatoire pour les dentistes belges. On étudie la création d'une école dentaire libre. L'odontologie doit être autonome.

M. Weiss (La Havane) espère coopérer avec la F. D. I., qu'il félicite de son œuvre.

M. Aguilar (Madrid) parle au nom de la profession dentaire espagnole. Des réformes importantes ont été réalisées en Espagne en matière d'enseignement; des cliniques dentaires scolaires ont été créées grâce à l'influence de la F. D. I.

Les praticiens réunis à Londres représentent les désirs de la profession dentaire de tous les pays.

M. Godon (Paris) prononce l'allocution suivante :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Au nom de la France, je vous apporte un salut cordial et confraternel.

C'est avec une certaine émotion et un grand plaisir que je me souviens que la F. D. I., qui venait de naître à Paris en 1900, est venue, il y a dix ans, faire ici ses premiers pas dans le monde.

C'est avec une certaine émotion que je me souviens de l'accueil cordial, de la gracieuse hospitalité qu'elle a reçus ici de la British Dental Association dans votre grande et belle ville de Londres, la plus grande des capitales modernes.

N'est-ce pas ici qu'elle a reçu en même temps de vous le baptême professionnel et, à l'Université de Cambridge, du regretté professeur Sir Michaël Forster le baptême scientifique, qui lui ont apporté les encouragements nécessaires pour accomplir sa mission dans le monde !

Quelle a été son œuvre pendant ces dix ans ? Il ne m'appartient pas de le dire en ce moment. Qu'il me suffise de rappeler qu'elle a participé à la préparation et aux travaux de trois Congrès internationaux — Paris 1900, Saint-Louis 1905, Berlin 1909 — qui tous ont contribué aux progrès de notre science spéciale, et qu'elle va participer à l'organisation d'un 4e, qui doit se tenir ici en 1914, formant ainsi l'organisme permanent de préparation des grandes réunions internationales.

Laissez-moi vous rappeler également les travaux de ses grandes Commissions, particulièrement de la Commission d'enseignement et de la Commission d'hygiène, qui ont su établir des programmes dont se sont inspirés les Gouvernements de la plupart des pays. C'est ainsi qu'en France le décret du 11 janvier 1909, qui réforme les études odontologiques est l'application à peu près intégrale du programme maximum des cinq ans d'études élaboré dans les réunions annuelles de la Fédération. Il en est de même des circulaires de 1907 et de 1909 de nos ministres de la Guerre et de l'Instruction publique sur l'hygiène dentaire.

Mais l'œuvre de la F. D. I. n'a pas consisté seulement à former un organisme permanent pour la préparation des congrès, un grand conseil consultatif de l'art dentaire pour éclairer nos Gouvernements ; elle a fait plus et mieux en groupant autour de sa bannière dans sa grande randonnée à travers les principales capitales du monde tous ceux qui savent s'élever au-dessus du terre à terre de la vie habituelle pour tendre vers un idéal de progrès scientifique et de solidarité internationale.

Permettez-moi donc de remercier, au nom de la France, les représentants de la Grande-Bretagne, et particulièrement M. le Président du Collège des chirurgiens, qui nous font le grand honneur de nous recevoir une fois encore.

La F. D. I. puisera dans cette réception les encouragements et la force nécessaires pour continuer sa mission noble entre toutes, puisqu'elle a pour but la fraternité universelle et le soulagement d'une souffrance humaine.

Monsieur le Président du Collège Royal des chirurgiens,

Monsieur le Président de la B. D. A. et chers collègues,

Je vous remercie de votre cordiale réception et de votre bonne hospitalité à l'égard de la F. D. I. Je suis sûr que la présente session nous donnera les mêmes résultats que les autres pour le progrès de notre science et le bien de l'humanité.

Je vous remercie.

M. Francis Jean (Paris) prononce l'allocution suivante :

Monsieur le Président, Messieurs et chers Confrères,

J'ai grande joie à vous retrouver ici, après avoir eu, l'année dernière, l'honneur et le plaisir de vous recevoir à Paris, au nom de la Fédération dentaire nationale.

Nous avons conservé de votre visite un excellent souvenir et vos travaux ont encore accru chez nous le prestige de cette Fédération dentaire internationale qui est née en 1900. La haute autorité de M. Paterson et son souci de la correction et de la confraternité ont déjà produit d'heureux résultats. Nous en augurons de meilleurs encore pour l'avenir.

La F. D N. française continue son œuvre et se préoccupe des conditions de stage et de l'inspection dentaire dans les écoles.

Elle a réussi à créer une association française d'hygiène dentaire, à

laquelle, dans une audience spéciale, M. le Ministre de l'Instruction publique a bien voulu accorder son haut patronage.

Elle aura la satisfaction d'inscrire neuf nouvelles sociétés dentaires françaises sur la liste déjà importante des sociétés qui la composent.

Elle tient à garder avec la F. D. I. un contact d'autant plus étroit que de plus en plus elle veut devenir la représentation réelle de la profession dentaire française.

Au nom de la F. D. N. je vous remercie de votre accueil et souhaite une assemblée féconde en résultats.

M. Van der Hœven (La Haye) remercie de la bonne hospitalité. Il annonce qu'une école dentaire a été créée en Hollande et que le Gouvernement a nommé trois professeurs pour cette école. Il ajoute que le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire continue ses progrès.

M. Guerini (Naples) rappelle qu'il y avait en Italie une lutte entre la Société odontologique italienne et la Société de Stomatologie, lutte à laquelle personne ne gagnait rien. Le dentiste a le droit maintenant de faire toutes les opérations de dentisterie. Les deux Sociétés ont fusionné à des conditions honorables. La Chambre des députés a voté un projet de loi imposant le doctorat en médecine à tous ceux qui veulent exercer l'art dentaire ; une fois ce projet ratifié par le Sénat, il n'y aura plus qu'à s'occuper de l'enseignement dentaire.

Dans un rapport qu'il a adressé et remis au roi d'Italie il a montré la nécessité d'avoir des dentistes dans l'armée et la marine (il en remet un exemplaire au Président).

M. Daubry (Saint-Pétersbourg) remercie de l'accueil fait à la F. D. I., il espère que celle-ci se réunira un jour en Russie et que les membres amèneront leurs femmes.

Sir Henry Butlin se félicite de l'harmonie qui règne dans la profession dentaire. Il n'y a pas d'endroit qui convienne mieux que le Collège des chirurgiens pour la réception des dentistes, car il y a 50 ans que le Collège confère le titre de L. D. S., il possède depuis deux ans une belle collection dentaire et il n'existe nulle part une collection d'odontologie plus belle : le grand musée huntérien dont le Collège est le gardien. Hunter commença ce musée il y a 150 ans, lorsqu'il n'y avait pas encore de musée ; il estimait qu'il était impossible de suivre les progrès d'une maladie sans avoir de pièces pour étudier. Il rassembla donc les pièces les plus intéressantes, et son musée contient beaucoup de spécimens pris sur des sujets vivants.

Hunter a consacré son attention aux dents ; il a écrit son premier traité en 1778 ; il s'est occupé des maladies des dents. Sir Butlin a choisi dans cette collection quelques-unes des pièces qui ont servi à Hunter pour écrire son ouvrage (dents, préparations, notamment des spécimens de transplantation, pour les exposer devant l'assemblée).

Les réunions internationales font des travaux que ne peuvent faire les réunions nationales. Il a fait lui-même des travaux sur le cancer de la langue et la leucoplasie (il présente quelques gravures). La leucoplasie n'est pas une prédisposition au cancer ; on voit des gens qui fument beaucoup sans leucoplasie et inversement. Ce sont les dentistes qui peuvent faire beaucoup pour l'étiologie de la leucoplasie.

La santé des dents a une importance considérable sur la santé générale et les maladies des dents peuvent avoir de l'influence sur les maladies de l'organisme. L'asepsie et l'antisepsie jouent un grand rôle.

Les dentistes n'ont pas l'instruction médicale générale nécessaire pour exercer une spécialité médicale et cependant ils sont des praticiens parfaits. Les progrès considérables faits par leur spécialité ne sont dus qu'aux dentistes.

Il souhaite, en terminant, une bienvenue cordiale à la F. D. I., et il est convaincu du grand résultat que donnera l'entente internationale.

M. Paterson propose des remercîments pour Sir Butlin, qui a eu le courage de venir parmi les dentistes et de leur faire la déclaration qu'on vient d'entendre. Il invite les membres de la F. D. I. à se lever et à remercier Sir Butlin.

(L'assemblée répond à l'invitation de M. Paterson).

Sir Butlin remercie des volumes du Congrès de Berlin.

M. Paterson invite Sir Butlin à figurer dans le groupe des membres de la F. D. I., qui va être photographié à l'issue de la séance.

La séance est levée à midi.

Visite de la Dental Manufacturing Company.

A l'issue de la séance d'ouverture les membres de la F. D. I. ont visité aux environs de Londres les nouveaux bâtiments de la Dental Manufacturing Company, sorte d'association coopérative présidée et dirigée par des dentistes. Une réception des plus cordiales les attendait ; l'école de la ville avait été pour la circonstance transformée en salle à manger garnie de plantes vertes ; un déjeuner somptueux leur a été offert par la Société ; ils ont vu les ateliers en plein fonctionnement et ont félicité les directeurs de leur installation.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juillet 1911.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle, le mardi 4 juillet, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire sous la présidence de M. Godon, président.

I. — Etude de l'anesthésie régionale en art dentaire. Nouveau procédé d'anesthésie du maxillaire supérieur, par M. Ch. Jeay.

M. Jeay donne lecture d'une communication sur ce sujet. Ce travail a été publié (V. *Odontologie,* 30 juillet, 15-30 août, 15 septembre).

M. le président. — Je n'insiste pas pour que vous preniez la parole sur la communication qui vient de nous être faite par M. Jeay : vous la lirez dans *L'Odontologie*. C'est une communication extrêmement importante, très travaillée et je crois qu'il vaut mieux réserver pour une séance ultérieure les observations qu'on pourrait avoir à présenter à M. Jeay ; son travail, à mon avis, demande à être lu et relu pour pouvoir être discuté fructueusement.

M. Jeay qui est un de nos excellents et très dévoués professeurs d'anesthésie à l'Ecole, où il est chargé d'un service dans lequel il a été longtemps en collaboration avec notre regretté Pinet, nous a apporté dans sa communication si scientifique, une étude très complète de la question de l'anesthésie, tant au point de vue de l'étude pratique des procédés d'anesthésie régionale et qu'au point de vue de sa propre technique, s'appuyant sur de nombreuses observations, envisageant l'ensemble de cette méthode si intéressante de l'anesthésie régionale.

Nous avons à notre disposition l'anesthésie générale, mais comme vous l'a montré M. Jeay, l'anesthésie générale ne peut pas toujours être employée, et nous avons même raison d'en restreindre le plus possible l'emploi dans notre pratique. D'un autre côté, l'anesthésie locale, malgré les multiples procédés que nous avons à notre disposition, ne nous donne pas toujours satisfaction.

Il est bon par conséquent d'avoir à notre disposition un autre procédé. Celui qui nous a été exposé par M. Jeay est peut-être un peu audacieux comme procédé d'anesthésie dentaire. Il est évident

qu'avant de l'employer nos confrères feront bien de tenir compte des recommandations très importantes que vient de nous faire M. Jeay, et qui sont le fruit de son expérience, parce que si on court quelques risques dans l'anesthésie locale ordinaire, il est évident qu'on court de plus grands risques encore lorsqu'on va plus profondément, lorsqu'on veut pratiquer l'anesthésie régionale telle qu'il vient de nous la décrire.

Le procédé de M. Jeay paraît préférable aux deux autres procédés, soit celui de la voie sous-orbitaire de Chevrier, soit celui de la voie jugale de M. Munch.

Il est évident que le procédé qu'il nous indique est beaucoup plus accessible, mais il faut avoir soin de le bien pratiquer, il faut avoir pour cela acquis la pratique qu'a M. Jeay pour arriver à trouver facilement l'accès qu'il conseille.

Sur le crâne cela paraît assez facile, c'est vrai, mais sur le vivant il n'en serait peut-être pas tout à fait de même.

Sans m'étendre davantage sur cette question vraiment intéressante et que j'engage nos confrères à étudier, j'adresse au nom de la Société d'Odontologie nos plus vifs et nos plus sincères remerciements à M. Jeay.

M. Jeay. — Ma seule réponse sera de demander à notre Président qu'il veuille bien me convoquer pour une séance de démonstrations pratiques au moins d'octobre, je serai heureux alors de vous démontrer pratiquement ce procédé.

J'ai près de 50 observations qui démontrent les heureux résultats de cette méthode.

II. — Trois années d'expérience du traitement électro-ionique de la pyorrhée alvéolo-dentaire, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph fait sur ce sujet une communication qui sera publiée.

M. le président. — Nous sommes tous d'accord sur le premier point du traitement de la pyorrhée : Il faut faire disparaître les irritations mécaniques, c'est-à-dire, comme vous l'a dit M. Mendel-Joseph, enlever le plus possible le tartre. Tous ceux qui s'appliquent à cette opération savent combien elle est minutieuse et difficile pour arriver à enlever tous les petits dépôts qui se sont fixés sur la racine, au point qu'il y a à Paris des confrères qui se sont spécialisés uniquement dans cette opération de l'ablation du tartre pour le traitement de la pyorrhée et qui se sont créé une très grande notoriété bien justifiée par leur habileté.

Je suis content d'avoir entendu M. Mendel-Joseph insister sur la reconstitution de l'équilibre articulaire : limage, meulage des tubercules, suppression des contacts anormaux avec les dents opposées,

redressement et fixation des dents dans leur position normale, rétablissement de l'articulation normale.

Ensuite M. Mendel-Joseph vous dit : suppression-stérilisation des facteurs infectieux, évacuation méthodique des clapiers.

Pour dissoudre le tartre, nous avons des médicaments multiples, depuis l'acide chromique, employé par Magitot, jusqu'à l'acide sulfurique.

M. Mendel-Joseph a parlé du fluorure d'ammonium dont l'emploi est de date récente.

Je l'ai employé et il m'a donné d'assez bons résultats. Le tartre était dissous ou ramolli, ce qui facilitait l'opération du nettoyage total.

Quant à la douleur, elle était très atténuée.

M. Mendel-Joseph nous indique, en troisième lieu, l'évacuation méthodique de la suppuration des clapiers par le massage: Opération importante que continue le malade et sur laquelle nous sommes d'accord. La stérilisation des foyers infectieux, opérée à l'aide de l'électro-ionisation, méthode qui peut être supérieure à ces multiples agents antiseptiques que nous avons employés jusqu'à ce jour ; il semble que d'après la technique qui nous a été décrite par M. Mendel-Joseph son procédé peut vraiment entrer dans notre pratique et être appliqué par tous nos confrères. Aussi en attendant que suivant sa promesse notre confrère veuille bien nous refaire plus tard en partie l'exposé du résultat de ses expériences et de ses observations plus complètes et pour qu'il nous démontre à nouveau sa technique dans une séance pratique, je lui demande la permission de l'inscrire pour l'une de nos prochaines réunions de démonstrations pratiques ; mais dès maintenant je lui adresse en votre nom à tous nos plus sincères remerciements.

III. — L'œuvre de la brosse a dents, par M. Décolland.

Il est donné lecture au nom de M. Décolland (de Monte-Carlo), d'une communication dans laquelle l'auteur vante les bons effets que l'on obtiendrait au point de vue de l'hygiène publique, si l'on pouvait fournir à chaque enfant une brosse à dents, dont l'usage lui serait démontré.

M. le président. — M. Décolland, vous le voyez, quoique à Monte-Carlo pense à la Société d'Odontologie et nous fait part de ses intentions généreuses à l'égard des enfants.

La question de la brosse à dents est une question extrêmement importante dont s'est occupé le Comité international d'hygiène dentaire dans les réunions qu'il a tenues à Berlin et ailleurs. Parmi les questions inscrites à son programme se trouve cette question des moyens à employer pour propager et répandre dans les classes popu-

laires l'usage de la brosse à dents. Il est évident que dans les questions d'hygiène dentaire, c'est peut-être la première des réformes à réaliser. Si l'on pouvait arriver à répandre dans toutes les classes populaires l'usage de la brosse à dents, notamment dans l'armée, par exemple, ce qui est possible, puisqu'on vous cite l'exemple des soldats japonais qui ont depuis fort longtemps la brosse à dents dans leur équipement, ce serait une excellente chose.

Le Comité national français d'hygiène dentaire s'occupe également de la question et je crois que nous pourrions, tout en remerciant M. Décolland de sa bonne intention, renvoyer sa communication au Comité national français d'hygiène dentaire, qui verrait s'il y a là une idée pratique, notamment en ce qui concerne les prescriptions, les règles d'hygiène à observer, à répandre, dont fait mention M. Décolland. Parmi celles-ci, il y a des choses qui sont acceptables, il y en a d'autres qui auraient sans doute besoin d'être discutées.

Je vous propose donc de remercier M. Décolland de sa communication et de prier notre secrétaire général de la renvoyer au Comité national français d'hygiène dentaire ?

La proposition est adoptée à l'unanimité.

M. le président. — Avant de lever la séance, permettez-moi de vous féliciter du travail accompli durant cette année et de vous rappeler qu'il y a des Congrès intéressants qui vont avoir lieu prochainement, notamment le Congrès à Dijon de la section d'Odontologie de l'Association pour l'avancement des sciences. Il ne faudrait pas que les dentistes se désintéressent de cette section. Vous vous mêlez à cette occasion à un milieu de savants s'occupant d'autres sciences et de ce contact vous pouvez retirer le meilleur profit. Vous pouvez aller dans la section d'hygiène publique, dans la section d'anthropologie où nous avons d'ailleurs déjà été, dans la section de physique, de chimie. Vous pouvez à ces occasions soit aller porter utilement votre concours, soit aller écouter les communications intéressantes que font les autres. Je ne saurais donc trop vous recommander d'assister à ce Congrès de Dijon.

Il y a, également un Congrès, à Londres, de la Fédération dentaire internationale. Plus vous y serez nombreux, mieux cela vaudra, puisqu'on y traite en commun, d'une manière plus large que cela n'est le cas dans un seul pays, les questions qui intéressent la profession.

Cela dit, je reprends ce que je vous disais à l'instant, que je tiens à vous féliciter du travail de la Société d'Odontologie durant cette année.

Nous ne pouvions certes mieux terminer cette année qu'en entendant les communications si scientifiques et qui font tant d'hon-

neur à notre Société, d'une part de notre ami Jeay, d'autre part de notre ami Mendel-Joseph.

Ces deux communications, je tiens à le répéter, font le plus grand honneur à notre Société.

M. Amoëdo. — M. Godon a oublié un détail que je tiens à relever.

J'ai vu avec plaisir que la candidature de M. Godon était posée comme membre délégué au Conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences. Je crois qu'il est de mon devoir de vous faire ressortir cela car c'est un honneur pour notre profession dentaire de voir un des nôtres proposé comme délégué de cette Association.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

BIBLIOGRAPHIE

COMPTES RENDUS DU Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin, 23 au 28 août 1909.

Notre distingué confrère M. Schäffer-Stuckert, secrétaire général du 5e Congrès dentaire international, vient de publier, au nom du Bureau du Congrès, les comptes rendus de cette grande réunion professionnelle. Ces comptes rendus sont en deux volumes, l'un de 643 p., l'autre de 732 p., plus un certain nombre de planches et de photographies, au total 1414 p. Ils sont illustrés de plus de 700 gravures. Le papier est très beau et l'édition fort soignée.

La préface et le règlement sont en trois langues (allemand, anglais, français) ; les discours et communications orales dans la langue dont l'auteur s'est servi au Congrès, mais les résumés des communications sont en trois langues également, ce qui facilite singulièrement la lecture des volumes. Quant aux discussions, elles sont de même rapportées dans la langue employée par l'auteur.

L'ouvrage, dans son ensemble, est un monument précieux pour servir à l'histoire de la dentisterie ; il montre en effet l'état d'avancement de la science et de l'art dentaires dans chaque pays au commencement du xxe siècle et naturellement cet avancement n'est pas le même partout.

Ces comptes rendus, dont la présentation a été faite, au mois d'août dernier à la session de Londres de la F. D. I. dont M. Schäffer-Stuckert est secrétaire général, représentent un travail considérable, dont il y a lieu de féliciter et de remercier l'auteur.

L'envoi aux congressistes va commencer prochainement ; mais comme il a été imprimé un nombre d'exemplaires supérieur à celui des congressistes, il est possible de se procurer les deux volumes au prix de 25 marks (31 fr. 25) en adressant la commande avec indication exacte du nom et de l'adresse aux éditeurs Schmitz et Bukofzer, Berlin C., Rosenthaler Strasse, 26.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris le 3 décembre prochain.

Distinction honorifique.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que notre excellent confrère M. Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon et vice-président de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la rosette d'officier de l'Instruction publique.

Les titres de M. Pont sont trop connus pour que chacun n'applaudisse pas à cette distinction méritée; pour notre part, avec nos cordiales félicitations, nous lui adressons l'expression de toute notre sympathie.

La Rédaction.

A. F. A. S.

Le prochain Congrès de l'A. F. A. S. aura lieu en août prochain à Nîmes sous la présidence de M. Soulard, de Lyon, et la vice-présidence de M. G. Robin, professeur à l'E. D. P.

F. D. I.

La prochaine session de la F. D. I. aura lieu à Stockholm en août 1912.

Dentiste pour chiens.

M. Magimel a présenté au Conseil général de la Dordogne, dans sa dernière session, un vœu tendant à ce qu'on arrache aux chiens leurs crochets afin qu'il y ait moins de chance qu'ils communiquent la rage aux hommes (*Gazette du Centre*, *Limoges*, 6 septembre).

31e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES REMARQUES SUR L'ANCRAGE DE BAKER

Par RAYMOND LEMIÈRE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

La variété d'ancrages maxillaires connus sous le nom d'ancrage de Baker constitue aujourd'hui le meilleur moyen de réduire les irrégularités dentaires des classes II et III de la classification d'Angle.

Les appareils basés sur ce principe sont extrêmement puissants : leur action est non seulement continue, puisqu'elle est produite par la tension constante des anneaux de caoutchouc, mais elle se trouve encore augmentée pendant les mouvements d'ouverture de la bouche.

Il faut donc dans la pratique diriger avec soin ce mode de traitement sous peine de se voir exposé à des accidents parfois très sérieux. L'appareil doit être vérifié très souvent de façon à ce que, sur l'arcade dentaire qui constitue le point d'appui, les forces soient réparties également sur chacune de ces unités.

La dent qui supporte la bague d'ancrage, généralement la molaire de six ans, doit être fréquemment examinée et l'on doit veiller à ce qu'elle ne subisse aucun déplacement.

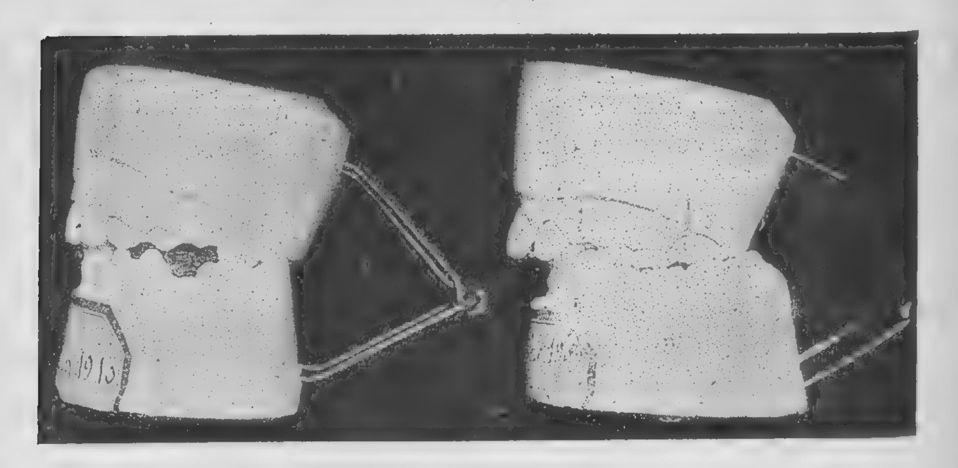
Dans l'arcade opposée, il faut que les déplacements se fassent lentement sans occasionner de douleur. Il faut veiller à ce que la force ne s'exerce pas uniquement sur une dent, mais agisse sur un groupe de dents : l'action sera moins rapide, mais plus sûre. Toute dent soumise à un déplace-

ment est une dent dont la pulpe est plus ou moins menacée et qui doit être l'objet d'une surveillance très attentive.



Bien convaincu de ces principes, j'ai dû cependant entreprendre un redressement dans des conditions tout à fait différentes.

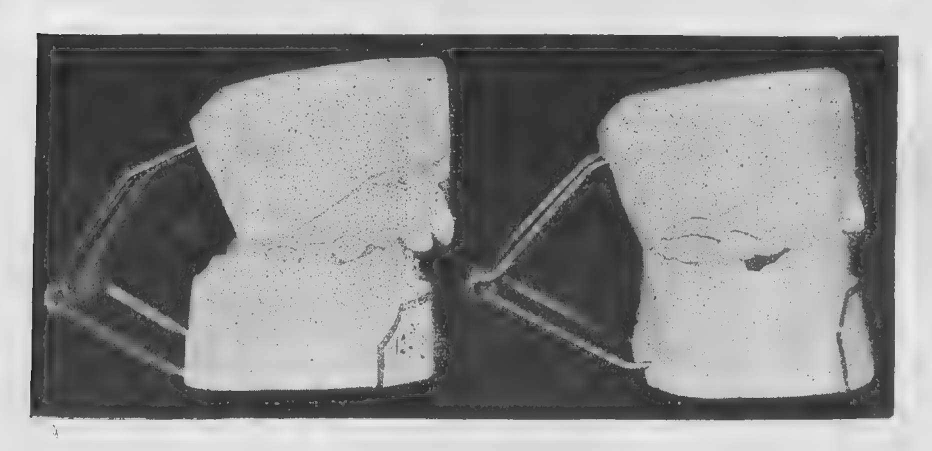
Il s'agissait d'un enfant de onze ans habitant la campa-



gne. Les malpositions dentaires étaient les suivantes : antéversion et antégression des incisives centrales et latérales. Rotation sur l'axe des incisives centrales. Les diamètres P M et G M étaient de 35 et 47, au lieu de 41 et 50, leur longueur normale.

Devant ces malpositions, dont la correction me paraissait

assez simple au moyen de l'ancrage de Baker, je me décidai à entreprendre ce traitement avec la promesse formelle de la part des parents de voir l'enfant toutes les trois semaines. Je plaçai sur les molaires de six ans inférieures des bagues à écrou et à douille supportant une arcade légèrement étendue. Les quatre incisives furent solidement ligaturées sur l'arcade, de même que la canine gauche ; les autres dents qui étaient des dents temporaires en voie de résorption furent laissées libres. Aux molaires supérieures je plaçai des bagues sur les dents de 6 ans, puis l'arcade légèrement étendue fut fixée sur les incisives latérales et les centrales au niveau des autres inférieures. Les anneaux de caoutchouc furent fixés à l'arcade au moyen de deux crochets situés au niveau des canines et à la douille de l'arcade inférieure.



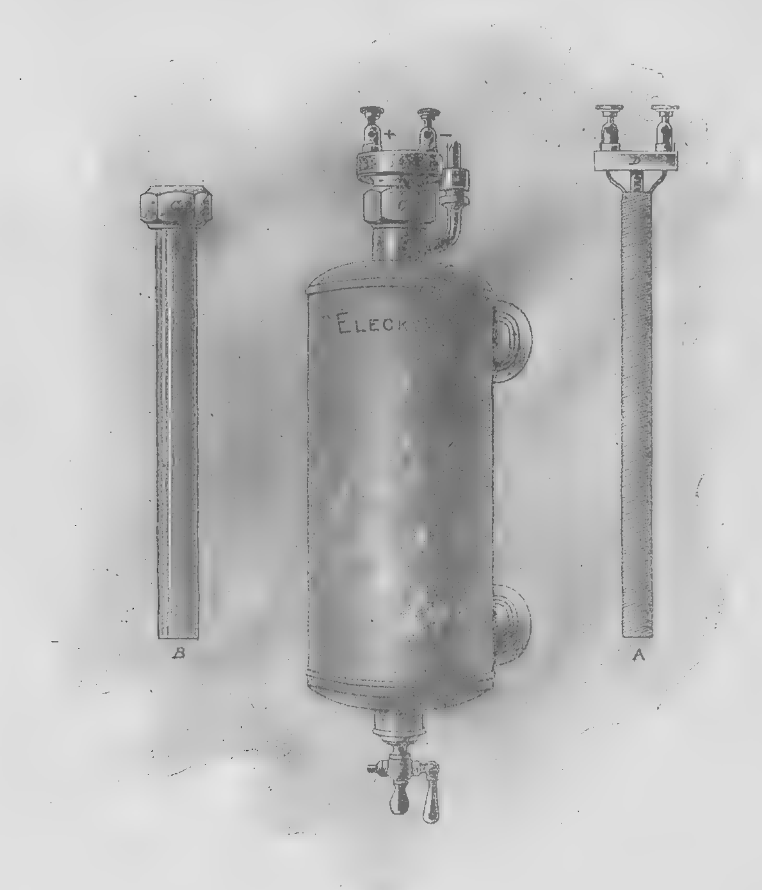
Je vis régulièrement mon patient toutes les semaines et j'obtins le résultat que je vous présente. Je dois ajouter que je fus secondé par une institutrice très intelligente qui sut à l'occasion resserrer les fils et changer les anneaux de caoutchouc ; à la fin du traitement (commencé le 12 novembre 1909 et terminé le 10 juin 1910) je constatai un diamètre P M = à 38 et G M = 49. L'antégression et l'antéversion étaient réduites, de même que la rotation sur l'axe des incisives. Le diamètre G M était réduit par suite de l'action des anneaux de caoutchouc, mais insuffisamment pour nuire à l'engrènement normal.

FONTAINE CHAUFFÉE ELECTRIQUEMENT

Par M. GEOFFROY,

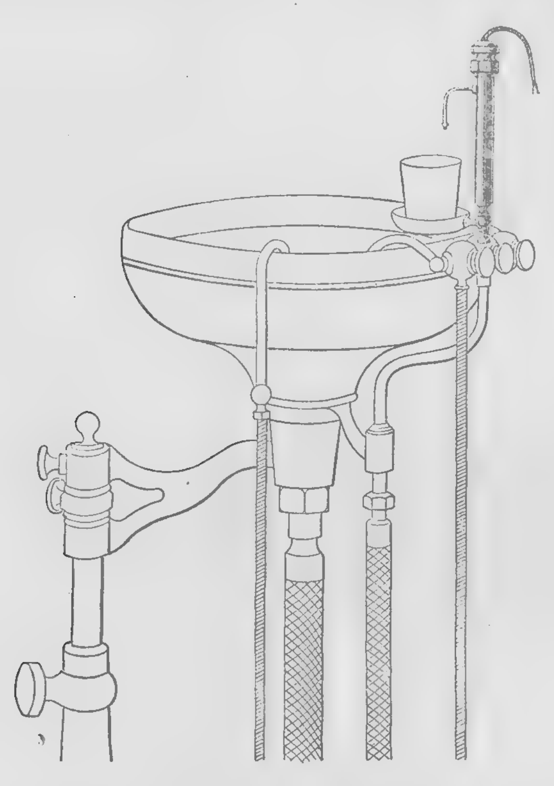
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

M. Geoffroy présente deux modèles de fontaines débitant un liquide quelconque chauffé au moyen d'un courant électrique continu ou alternatif. Cette fontaine est plus spécialement destinée à fournir rapidement et économiquement de l'eau chaude dans les cabinets médicaux ou dentaires.



Le modèle n° 1 s'adapte sur le crachoir à eau courante et utilise l'eau ordinaire qu'il peut élever à la température de 65 degrés environ.

Le modèle n° 2 est disposé pour utiliser exclusivement de l'eau préalablement stérilisée. Ce modèle peut s'appliquer au mur du cabinet, à portée de la main de l'opérateur.



D'autres fontaines électriques chauffantes existent, mais aucune ne peut fournir de l'eau stérilisée spontanément à la température de l'ébullition.

Les avantages du modèle présenté par M. Geoffroy sont les suivants :

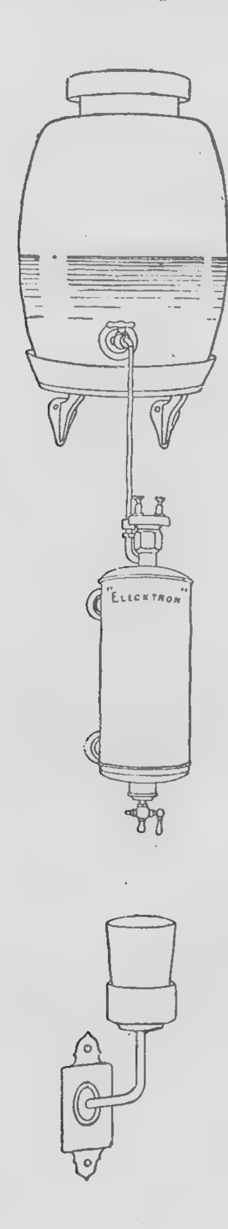
1° Une très grande simplicité, comme le montrera la description qui va suivre ;

2° La parfaite interchangeabilité de toutes les pièces et le démontage facile en vue du nettoyage ;

3° La minime consommation d'électricité que fait cet appareil : 3 hw 45 à l'heure, pouvant chauffer à 45° 70 verres d'eau, donnant par conséquent une dépense de 0,004 par verre d'eau chaude ;

4° Enfin la modicité de son prix de revient.

Rappelons que le n° 1, très simple et très peu encombrant,



se place au-dessus des crachoirs-fontaines et que le modèle n° 2 utilise de l'eau bouillie.

Description de l'appareil.

Un corps :

1° Tube extérieur en cuivre nickelé, étamé à l'intérieur ;

2° Un autre tube intérieur en cuivre étamé également formant réservoir à eau, avec celui de l'extérieur ;

3° Au centre le corps chauffant est un tube sur lequel est enroulé un fil métallique appelé rhéotame (résistant à 1500 degrés) recouvert d'amiante et recevant le courant par des bornes. Ce corps chauffant est surmonté d'un disque isolant qui, lorsque l'appareil est monté, repose sur le bord supérieur du tube.

Résumé.

Cette fontaine est caractérisée par ce fait que :

1° Le liquide à chauffer passe dans un espace annulaire étroit, entourant le corps chauffant électrique ;

2° L'espace annulaire de section circulaire est formé par deux organes séparés l'un de l'autre et se démontant rapidement ;

3° Le corps chauffant électrique, absolument indépendant, s'ajuste de façon amovible à l'intérieur de l'espace annulaire ;

4° Cet appareil débite environ soixante-dix verres d'eau à 45° en une heure. L'allure accélérée de l'écoulement diminue le degré de température ; le ralentissement augmente le degré de température de l'eau, qui peut atteindre 65° sans altérer l'appareil.

La consommation d'électricité que fait cet appareil est à l'heure de 3 hw 45, ce qui donne une dépense moyenne de 0.004 par verre d'eau chaude.

FRONDE ROTATIVE

Par M. SOULARD, de Lyon.

Les différents systèmes employés pour la coulée des métaux ont un côté commun : c'est la mise en revêtement ; cependant la composition de ce dernier est variable, et chaque praticien préconise sa formule.

Je n'insisterai pas sur la valeur des différents mélanges ; ils méritent d'être placés au même rang, puisque chacun d'eux, choisi séparément, a donné des résultats merveilleux.

En ce qui concerne la technique de la mise en revêtement, on l'a déjà exposée tant de fois et d'une façon si magistrale qu'il me paraît inutile de revenir sur un sujet que tout le monde connaît aujourd'hui.

Mon intention n'est donc pas de vous faire un exposé technique sur la coulée des métaux en art dentaire, mais uniquement de vous présenter un appareil rotatif de mon invention. (Fig. 1.)

Le système que j'ai l'honneur de vous soumettre n'a rien de nouveau : c'est simplement un type d'appareil à force centrifuge. Ce système a été préconisé par Jameson (Appareil centrifugeur), par Bardet, à Genève (Fronde Bardet), et plus récemment, par Muller, de Zurich, et par d'autres ingénieux praticiens qui se sont efforcés de modifier et de simplifier les procédés en usage.

Dans un autre ordre d'idées, nous trouvons l'appareil à couler par l'air comprimé de Taggart, la coulée par la vapeur (Appareil Solbrig-Platschick), et enfin la coulée par le vide (Système du Dr Réal).

Il ne rentre pas dans mon intention de rechercher la valeur de tel ou tel procédé ; ils ont tous été chaleureusement vantés par leur auteur, et, je dois le dire avec justice, tous ont donné d'excellents résultats. Qu'il me soit permis néanmoins d'émettre ici mon opinion et d'indiquer les raisons pour lesquelles je donne la préférence aux appareils basés sur la force centrifuge :

1° Ces appareils sont les plus simples et les plus sûrs ;

2° Ne dépendant d'aucun autre pouvoir agissant, ils fonctionnent par leur propre force ;

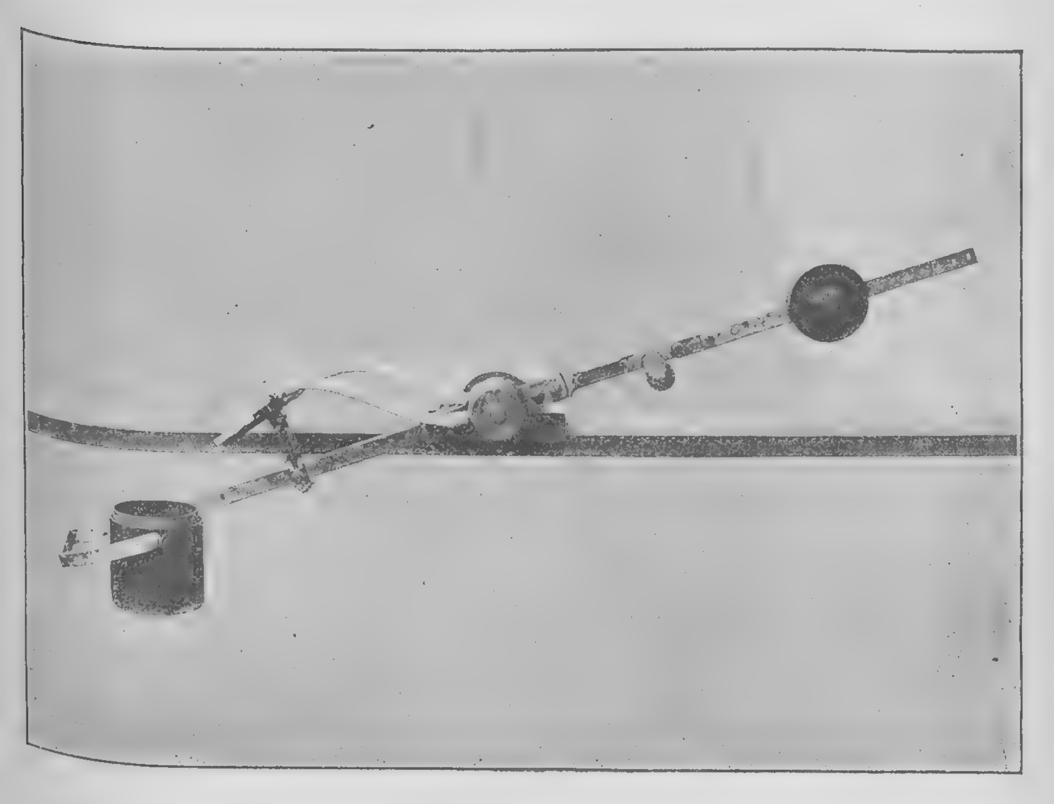


Fig. 1.

3° Cette force, cette pression toujours constante, et indépendante d'une autre force qui peut faire défaut à un certain moment, est susceptible d'être renouvelée et augmentée à volonté ;

4° Par ce système, on n'a plus à craindre une perte de pression occasionnée par les fissures du revêtement, par un manque d'air comprimé, de vapeur ou de vide.

Avec ces appareils, la force de pénétration du métal est en rapport avec la vitesse de rotation ; il est facile de la régler et d'obtenir plus ou moins de force de pénétration dans le moule, et, par suite, plus de densité du métal coulé. Les chan-

ces d'insuccès se trouvent donc réduites au minimum.

Il y a trois ans bientôt, je présentai bien timidement à la Société odontologique de l'Ecole dentaire de Lyon cet appareil qui, non seulement n'était pas encore au point, mais simplement à l'état d'embryon. J'avais obtenu cependant avec cet appareil primitif des résultats probants ; mais, je dois le dire, ces expériences, dont les résultats étaient aléatoires, ne pouvaient être tentées que par des mains expérimentées.

Les grandes modifications que j'ai apportées depuis à cet appareil et les nombreuses expériences que j'en ai faites, me permettent de vous présenter aujourd'hui un instrument tout à fait au point. J'ajouterai même que, depuis la présentation qui parut avec illustration dans le premier numéro de la *Province Dentaire*, janvier 1910, c'est le seul instrument dont je me sers pour couler mes appareils.

Si l'on se reporte à l'illustration contenue dans le numéro désigné ci-dessus, on verra que l'appareil n'a pas changé de forme et que, seul, le bras supportant le contre-poids a été allongé pour placer celui-ci en dehors de la poignée, et surtout pour en réduire le poids et en faciliter l'équilibre. (Fig. 2.)

Comme on peut le voir, cet appareil est des plus simples ; sous un petit volume, il offre une grande solidité et une grande résistance, il est surtout d'un maniement très facile.

Cet appareil se compose de trois parties principales : le moyeu, les bras et le godet récepteur ; et de deux parties accessoires : le chalumeau et le contre-poids. Ce qui en constitue l'originalité, c'est le moyeu qui sert de pivot et qui permet de conduire le gaz et l'air au chalumeau. Ce moyeu est percé de deux conduits, l'un pour le gaz, l'autre pour l'air. Les orifices d'entrée sont placés à la partie arrière de l'appareil et représentés par deux mamelons destinés à recevoir les tubes de caoutchouc. Ces deux conduits sont percés parallèlement à l'axe du pivot et viennent s'ouvrir verticalement dans deux gouttières circulaires creusées sur le

moyeu. De là le gaz et l'air pénètrent par deux orifices du manchon, placés chacun en regard d'une rainure. Deux mamelons, placés à la partie extérieure du manchon, reçoivent à leur tour deux petits tubes en caoutchouc destinés à conduire le gaz au chalumeau.

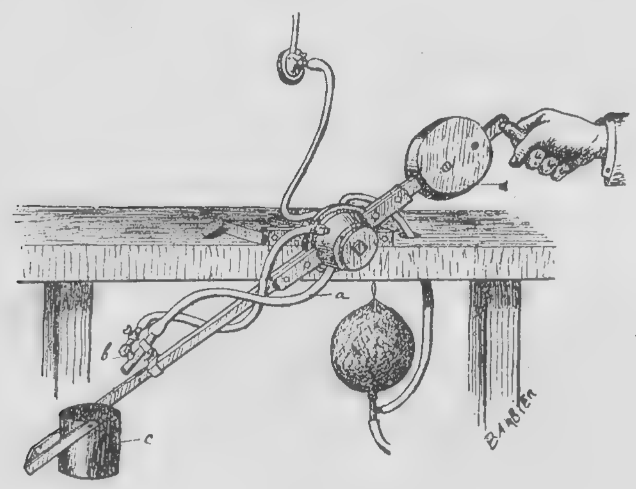


Fig. 2.

A l'extrémité du bras recourbé en U, est placé le godet récepteur qui est tenu au bras par deux tenons à écrous qui le fixent très sûrement à un centimètre de son bord libre, et lui permettent de pivoter autour de cet axe. Sur ce même bras est placé un curseur sur lequel est fixé le chalumeau articulé, ce qui donne la facilité de le braquer dans tous les sens. L'autre bras supporte la poigne et le contre-poids pour équilibrer l'appareil.

Une autre originalité de ce dispositif est qu'il permet de continuer à chauffer au début du lancement de la fronde et d'envoyer ensuite de l'air froid sur la surface du métal. Avec cette fronde, les cylindres ronds ou ovales, fermés d'un côté ou non, peuvent être employés indifféremment.

Les cylindres en cuivre n'ont rien de spécial : les grands sont ovales, afin de donner plus de marge pour la mise en revêtement des plaques de grandes dimensions.

Pour les cylindres plus petits, des cercles de maintien au

centre viennent se fixer en griffes sur le bord du grand récepteur.

En ce qui concerne les tout petits cylindres pour inlays, coiffes, dents à pivot, un cercle avec fond se place également sur le bord du godet.

Il y a donc possibilité, avec cet instrument, de couler depuis la grande plaque jusqu'au plus petit inlay.

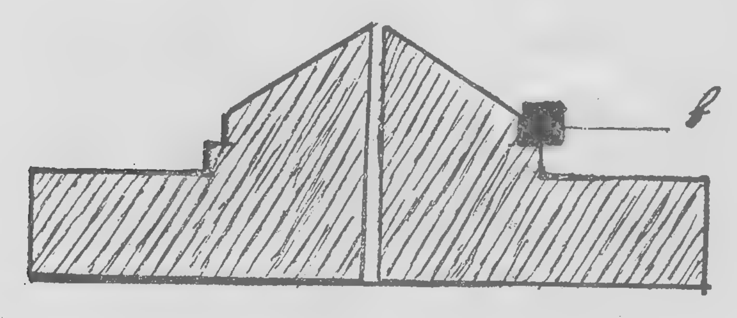


Fig. 3. — Section du cône montrant en *b* l'anneau de caoutchouc en place.

Les cônes de moulage pour former le creuset de coulée portent, à la base du cône, une gorge à angle droit sur laquelle vient se placer un cercle en caoutchouc mou (Fig. 3). La grosseur de ce cercle varie d'après la grandeur du cône. Le moule sorti laisse enfoui dans le revêtement le cercle de caoutchouc qui sera ensuite facilement enlevé. L'empreinte de ce cercle laissera, près du bord du creuset, une profonde gouttière à angle droit, destinée à empêcher la chute du métal, si toutefois il y avait un lancement trop brusque de la fronde (Fig. 4).

La pièce à couler peut être indifféremment placée à plat ou de champ, c'est-à-dire dans la position horizontale ou verticale ; il y aura seulement lieu d'observer que le point de coulée soit toujours plus élevé que les bords de la plaque, si la quantité d'or est juste suffisante pour remplir le vide. Dans le cas où la quantité d'or est plus que suffisante (ce qui est du reste la règle générale) l'observation précédente n'a plus raison d'être, puisque le point de coulée se trouve au sommet du creuset.

Pour le trou de coulée, j'emploie de petits tubes de métal de 2 m/m de diamètre, d'abord à cause de leur poids léger, et ensuite pour que l'or pénètre avec plus de force dans le moule et rende ainsi les détails plus précis. D'autre part, un trou de coulée trop grand expose à insuccès presque certain, voici pourquoi : supposons une masse de métal fondu

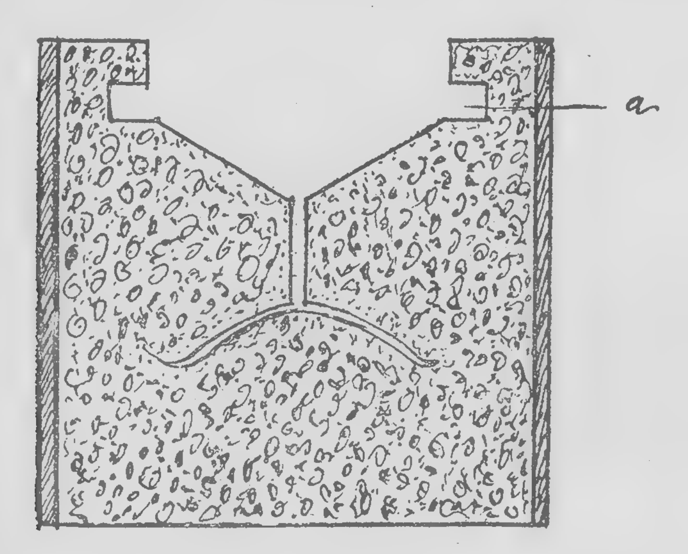


Fig. 4. – Section verticale de cylindre montrant en *a* la gouttière laissée par l'anneau de caoutchouc.

de 30 grammes, cette masse pèsera de tout son poids sur l'orifice de coulée et pénètrera dans celui-ci, si l'équilibre des molécules est rompu par la largeur de l'orifice. Cet inconvénient n'existe pas avec un diamètre plus petit, ou il faudrait un poids d'or plus considérable, poids qui est compensé par la force centrifuge.

Le métal qui aura ainsi pénétré par le trou de coulée s'arrêtera juste au moulage de la plaque et se solidifiera à ce point, parce que la masse supérieure n'est plus assez lourde pour le faire pénétrer plus loin, et que, d'autre part, le métal, pénétrant lentement, se refroidit au contact des parois qui ne sont pas au degré de fusion de l'or.

Les bijoutiers emploient le procédé de la masse et du large orifice de coulée ; aussi n'obtiennent-ils que des pièces

imparfaites qu'ils sont obligés de buriner ou de ciseler pour leur donner de l'aspect.

S'agit-il de couler un métal moins fluide et plus léger, de l'aluminium par exemple, on pourra donner au trou de coulée un diamètre de 4 ou même 5 millimètres. Ce métal étant léger et pâteux, il n'y aura pas à craindre de le voir pénétrer à l'intérieur du moule avant la mise en mouvement de l'appareil.

En vous présentant ce type d'appareil, je n'ai pas la prétention d'amoindrir en rien la valeur technique des autres systèmes ni de vous montrer l'instrument idéal qui peut répondre à tous nos desiderata. Il y a encore beaucoup à faire dans ce sens, et le champ des chercheurs est assez vaste pour exercer leur ingéniosité.

Le but que je me proposais sera atteint, si j'ai pu vous intéresser et apporter ma modeste contribution au progrès de notre art.

Instructions pour la fronde rotative Soulard

Fixation de l'appareil.

1° L'appareil ne doit pas être fixé directement contre le banc, il doit être porté de 0.08 c/m en avant de celui-ci. Pour cela l'appareil sera fixé sur une planche de bois dur qui aura 0.25 c/m de long à 0.16 c/m de large et 0.03 c/m d'épaisseur au moins. Cette planche sera alors vissée sur le banc ou établi en maintenant comme il est dit plus haut 0.08 centimètres entre celui-ci et l'appareil ;

2° Les deux mamelons placés à la partie arrière du moyeu (pivot) recevront, l'un l'arrivée du gaz, l'autre l'arrivée de l'air. Il n'y a pas d'indications précises pour placer le gaz à droite ou à gauche, il suffira de constater la sortie de celui-ci au bout du chalumeau, l'air devant sortir par le petit orifice central ;

3° Avant de chauffer le cylindre contenant le revêtement on devra équilibrer l'appareil. A cet effet on placera le cylindre chargé de son revêtement dans le godet récepteur, on fera glisser le contre-poids placé sur le bras opposé jusqu'à ce que la balance se fasse des deux côtés. Bloquer alors très fortement le contre-poids pour qu'il ne s'échappe pas pendant la rotation ;

4° Placer dans le fond du godet récepteur une feuille d'amiante pour isoler le fond d'avec le cylindre. Mettre ce dernier en place sur le bras, selon la nécessité d'une petite ou d'une grande flamme ;

5° Le lancement de l'appareil ne *doit pas se faire brusquement,* mais presque lentement, et il faut alors rapidement accélérer la vitesse sans toutefois lâcher la poignée. Arrêter en ralentissant le cylindre en bas après une vingtaine de tours. Quelques exercices de lancement avec une pièce fictive en aluminium ou simplement sur un petit creuset sans trou de coulée donneront rapidement le tour de main pour couler avec facilité et certitude de succès chaque fois que vous vous servirez de la fronde.

6° Les cônes. — Sur chaque cône se place un cercle en caoutchouc mou. Le plus gros pour le plus grand modèle, le suivant pour les cônes moyens et le petit pour le dernier cône correspondant.

Il y a nécessité de toujours placer ces cercles de caoutchouc sur les cônes. Avec eux on obtient une gouttière circulaire à 0.003 m/m du bord du creuset qui empêchera la chute du métal en dehors du creuset s'il y a un mouvement brusque au départ.

Ne pas oublier d'enlever le cercle de caoutchouc avant de chauffer;

7° Les trous de coulée ne doivent pas avoir plus de 2 m/m de diamètre pour l'or. Pour l'aluminium ils peuvent atteindre jusqu'à 3 ou 4 m/m;

8° Pour les cylindres dont le diamètre est plus petit que le godet récepteur, des cercles de maintien au centre viennent se placer en greffe sur les bords du godet. Pour les petits cylindres pour couronnes, inlays, dents à pivots, etc., un cercle avec fond se place également sur les bords du godet.

N. B. — Le moyeu doit être graissé de temps en temps avec de l'huile. Si parfois les cylindres étaient trop lourds ajouter au contrepoids une feuille de plomb, parce qu'y a nécessité que l'équilibre soit parfait.

TRAVAUX EN VULCANITE

Par G. Brunton, de Leeds.

(Communication à l'Association dentaire britannique, Londres 1911.)

Une chose essentielle pour obtenir un travail soigné, c'est l'emploi du *plâtre de Paris dur*, non seulement de plâtre donnant un modèle dur, mais de plâtre qui soit dur pendant et après la vulcanisation, parce que pendant le refroidissement du moufle le caoutchouc se rétrécit et, si le moufle n'est pas convenablement construit et si le plâtre s'amollit pendant la vulcanisation, la pièce se gaufre et l'ajustage en souffre. *Tous les plâtres fins et superfins s'amollissent pendant la vulcanisation.*

Une autre chose essentielle, c'est la pression sur le caoutchouc pendant la vulcanisation et jusqu'à ce que la pièce mise dans le moufle soit tout à fait froide. Cela ne peut se faire dans un moufle ordinaire.

Le procédé idéal de vulcanisation, c'est celui de la stéatite. On enveloppe le caoutchouc dans une feuille d'étain mince pour le conserver propre et uni. Les pièces partielles qui sont bourrées directement sur le modèle, les pièces d'expansion, les pièces de redressement, les réparations de pièces fendues, les additions de dents et de rubans aux pièces de vulcanite, peuvent toutes être bourrées directement sur le modèle sec. Elles doivent être couvertes d'étain en feuille, placées dans une boîte en stéatite (le couvercle fixé), puis mises dans le vulcanisateur. Ce procédé économise du temps et donne de bons résultats. Beaucoup de réparations sont faites avec du caoutchouc se vulcanisant vite ou caoutchouc à réparer. C'est là une grande faute, parce que ce caoutchouc ne peut pas être reconnu après la vulcanisation, et si la pièce est réparée une seconde fois avec du caoutchouc ordinaire, il s'ensuit un inconvénient grave, parce que le caoutchouc à réparer devient cassant et un peu poreux. Le caoutchouc neuf adhère au caoutchouc déjà vulcanisé Si la surface est propre, inutile de badigeonner le caoutchouc d'une solution pour une pièce à réparer. Les pièces décolorées par le tabac, le thé, etc., ainsi que la ligne noire entre les blocs de gencive, peuvent être améliorées par un badigeonnage avec une solution chaude de chlorure de chaux. Un temps long et une température basse sont ce qui convient le mieux au caoutchouc vulcanisé. Pour empêcher les jointures noires entre les blocs de gencives en porcelaine luter ces jointures avec du ciment temporaire à la calxine rose de de Trey. Ce lutage à la calxine suffit ; inutile de recouvrir le lutage d'or ou d'étain en feuille.

Pour les pièces du haut avec forte résorption du procès alvéolaire où il faut réparer la perte de substance avec de la vulcanite, on peut réduire le poids et éviter la porosité en introduisant des morceaux de liège.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE DIJON (Août 1911).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

40e SESSION.

Section d'Odontologie.

Par L. SOLAS,
Chef de clinique à l'E. D. P.

(Suite.)

APPAREIL POUR COULER LES MÉTAUX PAR LA FORCE CENTRIFUGE, PAR M. SOULARD *(suite)*.

M. Robin a vu à la maison Platschick procéder à des coulées d'or dans des cylindres froids, et cela avec un seul trou de coulée ; il semble donc qu'il soit inutile d'en augmenter le nombre.

Il faut éviter d'avoir un cylindre trop chaud sans quoi l'or bouillonne, on obtient alors une plaque granuleuse perforée même.

M. Siffre. — Dans la coulée des statues, on soigne très minutieusement la mise en revêtement. Sur la cire on applique une première couche, puis une deuxième, puis une troisième. Ensuite on enrobe le tout dans un revêtement à gros grain.

La statue en revêtement est ensuite portée au four, la cire est évacuée, la cuisson est longue et lente, elle dure plusieurs semaines. Lorsque la statue est prête à couler, le moule est dur comme un ciment, il est très probable que cette consistance du revêtement a une grande influence sur la finesse de la coulée. Nos revêtements à inlays sont trop friables, M. Siffre nous conseille de lire les procédés employés par les fondeurs, nous avons beaucoup à y prendre probablement. D'un autre côté, nous travaillons un peu trop empiriquement. Dans nos coulées d'inlays métalliques; nous n'avons rien de très défini ; lors de la mise en revêtement, combien devons-nous employer d'eau, puis quelle sera la grosseur de notre aiguille, sa longueur ; il faudrait faire varier ces données avec le volume d'or à couler. C'est

pourquoi il nous propose de renvoyer cette discussion à une séance ultérieure, après enquête préalable dans les autres professions qui emploient le procédé de la cire perdue.

M. Robin approuve l'idée de M. Siffre ; cependant tout en nous documentant il faut nous souvenir que nous coulons sous pression, le statuaire ne se sert que de la pesanteur.

Dans la mise en revêtement d'une plaque il faut autant que possible que la tranche soit en contact avec le revêtement à gros grains ; cette manière de procéder facilite l'absorption par le revêtement gros des gaz produits par la fonte et la combustion de la cire.

M. Grimaud souligne la différence entre la coulée à air libre et la coulée sous pression. C'est parce que les travaux obtenus dans ce deuxième procédé lui ont fait valoir ceux obtenus par le martelage, qu'il est devenu partisan de leur emploi en prothèse dentaire.

M. Soulard. — L'or coulé casse plus facilement que l'or martelé, la densité étant moins grande ; cependant l'or coulé sous pression donne des résultats très suffisants. Il a même sur l'or martelé ce très gros avantage, c'est qu'il ne se déforme pas à la soudure.

M. Siffre. — L'or livré par les fabricants est tout à fait inégal comme composition ; un bon alliage est l'alliage monétaire ; il faudrait engager les fabricants à procéder plus minutieusement à la fabrication des alliages d'or qu'ils nous livrent.

En fin de compte, la section d'odontologie de l'A. F. A. S. émet le vœu que l'année prochaine la technique de l'or coulé, tant au point de vue du revêtement que du métal, soit mise à l'ordre du jour.

A QUEL AGE DOIT-ON ENTREPRENDRE UN REDRESSEMENT ? PAR M. PONT.

M. Pont arrive aux conclusions suivantes :

1° L'orthodontie est, à l'heure actuelle, une véritable science, et nous pouvons établir d'une façon méthodique les indications et les règles du traitement des malpositions dentaires ;

2° Toutefois, comme dans toute science nouvelle, il y a encore un grand nombre de questions qui doivent être étudiées et précisées et, en première ligne, celle de savoir à quel âge on doit entreprendre un redressement ?

3° Deux opinions paraissent résumer l'état actuel de la question : L'ancienne méthode, qui préconisait l'âge de 11 à 16 ans comme l'époque la plus favorable pour entreprendre un redressement. La nouvelle école au contraire admettant qu'il faut entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès qu'elles se présentent et par conséquent dès leur début ;

4° Pour les raisons exposées dans le cours du travail, on voit qu'il faut se rallier à cette dernière opinion, mais en faisant des restrictions pour les enfants âgés de 6 à 11 ans, c'est-à-dire pendant la période

de remplacement des dents temporaires, que l'on pourrait appeler l'âge ingrat de la dentition ;

5° Dans ce cas, la formule rigoureuse de la nouvelle école doit être discutée par le clinicien qui ne devra se prononcer qu'après un examen sérieux de l'état local, de l'état général et de la nature des malpositions ;

6° A part ces légères restrictions, il faut donc entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès l'âge le plus tendre, et parmi les enfants que j'ai traités avant l'âge de 6 ans, j'ai signalé celui d'une fillette de deux ans et demi chez laquelle j'ai obtenu un résultat rapide et favorable ;

7° Si, pour une raison quelconque, un adulte porteur de malpositions dentaires ne s'est jamais fait traiter on peut et on doit entreprendre le traitement ;

8° Il ne faut pas perdre de vue que le traitement curatif, c'est-à-dire la pose d'un appareil quelconque, n'est pas le seul traitement orthodontique. Ici comme partout le traitement préventif a une grosse importance et doit précéder le traitement curatif. Il doit donc être fait à tout âge et le plus tôt possible ;

9° L'orthodontie est maintenant une véritable science, avons-nous dit, mais la prophylaxie des malpositions dentaires est encore dans l'enfance, c'est dans cette voie que nous devons travailler.

M. Fourquet félicite M. Pont de son éclectisme, il est heureux de voir l'auteur réagir contre une tendance nouvelle, un peu trop interventioniste à son gré. Rappelant les travaux de M. Siffre sur le remplacement des dents temporaires il en conclut qu'une grande attention au point de vue de la prophylaxie doit être apportée à la denture pendant la période comprise entre 6 et 11 ans.

M. Grimaud est très loin de se soumettre aux rigueurs des mathématiques. Il admet que l'on doit intervenir de bonne heure sur le prognathisme mandibulaire. A propos des orthodontistes modernes, il nous cite le cas d'un dentiste qui a commencé à traiter une personne à l'âge de 4 ans, cette dernière âgée de 24 ans portait encore un appareil ; de tels cas le rendent sceptique. Pour lui, avant d'entreprendre un redressement, il aime mieux attendre le plus tard possible. Il est arrivé dans sa clientèle à n'avoir que fort peu de redressements à exécuter ; il attribue ce résultat aux conseils prophylactiques donnés aux parents et aux enfants eux-mêmes. Enfin, lorsqu'il agit, il agit surtout sur les maxillaires eux-mêmes ; toute son attention est portée sur les prognathismes, là il intervient.

M. Fourquet. — Précisément la méthode de M. Siffre appliquée judicieusement a pour but de supprimer un grand nombre de redressements.

M. Pont a lu le travail de M. Siffre, il n'est pas en désaccord avec

lui, du reste un appareil favorise l'apparition des dents permanentes, il faut surveiller attentivement l'évolution de la seconde dentition.

Il s'associe à M. Grimaud au sujet de la prophylaxie des malpositions, c'est pour lui l'avenir de l'orthodontie.

Considérations mécaniques sur les travaux a pont, par MM. Lemière et Masson.

M. Masson donne lecture de cette communication, qui sera publiée prochainement. Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes.

Dans les procédés de reconstitution usuels (plaques et bridges) ou dans les bouches non restaurées, se transmettent et se répartissent les forces de mastication et nous arrivons à cette conclusion que les surfaces d'appui des bridges ne sont pas exposées à supporter des pressions aussi grandes que les dents naturelles, mais des pressions généralement plus fortes que dans les appareils à plaque.

Il ne faut pas en conclure que les bridges sont des appareils défectueux au point de vue mécanique ; au contraire leur surface d'appui, c'est-à-dire les racines constituent un organe bien adapté à la fonction pour laquelle il est fait.

Les auteurs sont arrivés à établir cette formule qui exprime les rapports entre les points d'appui et les pressions qu'ils supportent comparativement dans le bridge et dans l'appareil à plaque.

P = Force masticatrice intermittente.

S = Surface totale des muqueuses en contact avec une plaque.

s = Ensemble des surfaces triturantes.

p = Pression moyenne par unité de surface (Appareil de prothèse).

q = Pression moyenne par unité de surface (bridge).

$$P = p\,S = q\,s.$$

Si l'on suppose la force masticatrice égale à 40 kilog., on voit, d'après le tableau ci-dessous, que la pression par cm^2 est plus considérable sur les points d'appui du bridge que sur ceux de la plaque. Dans le premier cas elle est égale à 6 kg. 666 contre 1 kg. 333 dans le cas de la plaque.

Plaque........	$P = 40$ kil.	$p = 1$ kil. 333 $q = 30$ kil.	$S = 30^{cm^2}$ $s = 2^{cm^2}$
Bridge........	$P = 40$ kil.	$p = 6$ kil. 666 $q = 30$ kil.	$S = 6^{cm^2}$ $s = 2^{cm^2}$

M. Grimaud. — L'emploi des mathématiques pour des travaux de prothèse doit être fait avec beaucoup de circonspection. Bonwill dans ses lois était arrivé à des conclusions qui semblaient inattaquables, cependant Choquet a démontré que son triangle équilatéral n'existe pour ainsi dire jamais. Il faut laisser à la clinique la plus grosse part dans nos conceptions.

M. Masson dit qu'il n'a voulu que tenter de chercher une explication des faits qu'il a observés ; c'est parce qu'il a vu des faits cliniques, qu'il a voulu les faire cadrer avec des lois de mécanique.

De tous les travaux de Bonwill, il faut retenir surtout le fait que, quelle que soit la position de la mâchoire inférieure par rapport à la supérieure, lorsque il y a contact celui-ci se produit toujours en 3 points au moins dont un situé à la partie antérieure au niveau des incisives, les deux autres à la partie postérieure au niveau des molaires. Ce principe est capital pour le maintien pendant la mastication des appareils de prothèse.

M. Pailliottin félicite M. Masson de sa compétence en matière de bridges; il est pleinement convaincu lui aussi de l'utilité de ces appareils.

M. Siffre aurait lui aussi critiqué la rigueur un peu trop mathématique des conclusions de MM. Masson et Lemière ; mais comme à la fin de leur travail les auteurs ont eu soin de dire qu'ils s'inspireraient toujours de la clinique avant tout, il ne peut que les féliciter pour avoir apporté dans ces questions si ardues un peu plus d'ordre et de lumière. Il critique le triangle de Bonwill.

Le bridge n'est pas physiologique car il demande à ses supports un effort pour lequel ils n'ont pas été construits. Cependant d'accord avec les auteurs de la communication, il reconnaît que les racines sont mieux préparées que la muqueuse pour recevoir les pressions développées pendant la mastication.

Le bridge doit être réservé à un certain nombre de cas particuliers, on ne doit pas en faire systématiquement chaque fois qu'il faut remplacer quelques dents manquantes. Les travaux des auteurs seront utiles comme base d'une construction d'un appareil quelconque, le problème se trouve ainsi enfermé dans de certaines limites connues et sa solution ne peut qu'en être facilitée.

M. Fourquet trouve que le chiffre donné comme valeur de la force masticatrice est peu précis, et peu facile à préciser, il varie suivant les individus, suivant l'état de la bouche, le nombre des dents. Lorsque le malade vient nous consulter, il a perdu une partie de sa force masticatrice, si nous construisons un appareil basé sur cette dernière, nous risquons une fois l'appareil en place de voir augmenter cette force. Pour son compte personnel il est nettement adversaire des grands bridges.

M. Pont félicite M. Masson de s'être attaché à démontrer d'une manière scientifique ce que la clinique nous avait déjà prouvé par empirisme.

On ne doit pas faire de bridges sur des articulateurs autres que les articulateurs anatomiques.

Il cite M. Thiersch, de Bâle, qui, grâce à l'articulateur du prof. Ghisi, a construit plusieurs bridges donnant au point de vue mécanique des résultats absolument parfaits.

Toute valeur technique mise à part, un bridge ne rend réellement des services que si les forces masticatrices sont réparties de telle sorte que grâce à la construction qu'à aucun moment un pilier, un point quelconque ne se trouve en surcharge exagérée.

Il est heureux que M. Masson soit arrivé à donner comme moyenne la valeur de 40 kilog. à la force masticatrice. D'autres auteurs ayant proposé par des déductions différentes le même chiffre, il doit certainement s'approcher beaucoup de la réalité.

M. Masson ayant parlé de l'utilité qu'il y a à relier entre eux deux bridges posés sur une arcade par des barres transversales reposant en haut sur la voûte palatine, M. Pont lui demande comment il procède lorsqu'il s'agit de bridges placés à la mâchoire inférieure.

M. Masson, ayant fait beaucoup de bridges, a d'abord observé un certain nombre de faits, il a ensuite voulu expliquer ces faits par des lois empruntées à la mécanique, c'est le bridge qu'il veut faire cadrer avec les lois mathématiques et non pas les mathématiques qu'il a voulu introduire dans l'étude du bridge. Du reste, comme il nous le dit, le dynamomètre buccal construit en collaboration avec M. Lemière demande à être perfectionné ; les moyennes obtenues aux cours de ses expériences doivent être contrôlées, tout cela n'est qu'une affaire de temps.

Dans les bridges inférieurs les barres palatines employées à la mâchoire supérieure sont représentées par des barres passant derrière les incisives.

Critique du stage imposé par le décret de 1909 pour l'obtention du titre de chirurgien-dentiste, par M. Siffre.

M. Siffre. — En 1909 les études en vue de l'obtention du titre de chirurgien-dentiste ont été réformées, un décret a été signé au mois de janvier. Dans ce décret, il est dit que les études dans les écoles dentaires auront une durée de trois ans. Un stage de deux années chez un praticien autorisé précédera l'entrée dans les écoles dentaires. Le choix du praticien est fait par le doyen de la Faculté de médecine. Un certain nombre de praticiens présentant toutes garanties au point de vue professionnel, se sont vu refuser l'autorisation de prendre des stagiaires. D'autres praticiens moins qualifiés ont

obtenu cette autorisation, il y a là quelque chose d'anormal, il faut voir dans ces faits un manque de compétence de la part de ceux qui délivrent les autorisations.

Il est à craindre que les stagiaires envoyés chez certains praticiens ne fassent en réalité qu'un stage très platonique, dans ces conditions comment se prépareront-ils à passer l'examen de validation. Les candidats ainsi recrutés auront-ils vraiment bénéficié de ces deux années d'études préparatoires.

Qui fera passer les examens de validation du stage ; cette question est encore vague, il serait urgent de la faire préciser rapidement, afin que les praticiens vraiment compétents puissent faire partie du jury.

M. Machtou déclare qu'il serait nécessaire de prendre les devants, avant que les jurys soient appelés à fonctionner, il serait désirable qu'une entente s'établît à ce sujet entre les diverses écoles dentaires.

M. Grimaud dit qu'il ira voir le doyen à ce sujet, et qu'il lui exposera la situation.

Le vœu suivant est mis aux voix et adopté.

La section d'odontologie de l'A.F. A.S. réunie à l'occasion du Congrès de Dijon, émet le vœu que les sociétés scientifiques professionnelles et les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique soient représentées dans le jury chargé d'accorder l'autorisation de recevoir des stagiaires conformément aux décrets, ainsi que dans le jury de validation du stage.

M. Siffre reprend sa proposition relative au doctorat en chirurgie dentaire. Afin de rendre le doctorat dentaire accessible à tout le monde il faudrait créer un doctorat européen. Ce diplôme serait décerné à des candidats ayant déjà le droit d'exercice légal dans leurs contrées respectives. Le jury serait un jury international composé des hommes les plus qualifiés dans les différents pays d'Europe. Une année d'études supplémentaires serait créée avec un programme élaboré par une commission internationale.

M. Pailliottin constate qu'actuellement la tendance est au doctorat quel qu'il soit, il admet que le titre de chirurgien-dentiste doit disparaître, le recrutement deviendra très difficile pour les écoles. Jamais les syndicats médicaux n'accepteront qu'un doctorat en chirurgie dentaire soit créé tant à la Faculté de médecine qu'à la Sorbonne.

Il est donc d'avis qu'il faut accepter l'obligation du doctorat en médecine pour le dentiste et puisque les stomatologistes doivent triompher il vaut mieux s'entendre avec eux que de s'épuiser plus longtemps dans une lutte stérile.

M. Fourquet s'étonne de la déclaration de M. Pailliottin, profes-

seur dans une école dentaire qui a toujours soutenu une politique essentiellement odontologique; il combat les idées de M. Pailliottin: il se déclare partisan des idées de Claude Martin qui voulait des études mixtes; après deux années passées à la Faculté de médecine, le candidat serait autorisé à bifurquer. L'enseignement de l'anatomie, de la physiologie, de toute la partie médicale de l'instruction du dentiste devrait se faire à la Faculté, les écoles garderaient pour elles toute la partie purement dentaire.

M. Robin devant les déclarations de M. Pailliottin, après les observations présentées par M. Fourquet, entend préciser que les opinions de M. Pailliottin lui sont toutes personnelles et qu'elles n'engagent en rien l'Ecole dentaire de Paris.

M. Grimaud pense que les pouvoirs publics ne peuvent s'intéresser beaucoup à nous, car ils nous connaissent mal.

M. Masson demande que l'on garde le *statu quo*. Suivant la valeur des élèves sortis de nos écoles, nous serons jugés.

M. Siffre émet le vœu que la ques ion du doctorat en chirurgie dentaire soit mise à l'étude.

La Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. émet le vœu que la question du doctorat en chirurgie dentaire soit étudiée par la commission d'enseignement de la F. D. I.

La séance est suspendue.

A la reprise de la séance on vote pour l'élection du président du prochain Congrès de l'A. F. A. S.

M. Soulard, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon, est nommé à l'unanimité.

MM. L. Robin et *Bohl* sont nommés vice-présidents.

M. Pont remercie au nom de l'Ecole dentaire de Lyon de l'honneur qui lui échoit, il félicite vivement M. Robin qui, sollicité pour la présidence s'est récusé volontairement, cédant le pas à M. Soulard.

M. Soulard remercie en quelques mots, il accepte avec plaisir l'honneur de présider la Section d'Odontologie du prochain congrès de l'A. F. A. S. à Nîmes en 1912.

Les travaux de la section sont finis; M. Grimaud, président, lève la séance.

Le mercredi 3 août, à la clôture des travaux de la Section d'Odontologie, les membres de cette assemblée se sont réunis à 7 heures du soir, en un banquet, au restaurant Robert, place d'Armes, sous la présidence de M. Grimaud.

La plus franche cordialité ne cessa de régner pendant tout le cours de ce banquet.

Un certain nombre de toasts furent portés par les représentants des différents groupements représentés. On y fit ressortir l'impor-

tance de ces congrès annuels qui démontrent bien la vitalité de la profession ; on y rendit hommage aux organisateurs qui n'ont ménagé ni leur temps ni leur peine pour la réussite de la session ; et l'on se félicita de couronner la série de séances si graves par une séance pleine de gaieté dans la salle du banquet.

Le président, M. Grimaud, fut si charmé à l'aspect de cette gaieté, qu'il transforma totalement son discours nous dit-il ; aussi, au cours d'une improvisation des plus heureuses, il félicita tous ceux qui, par leur présence avaient d'une atmosphère un peu brumeuse, fait le soir d'un beau jour.

Je veux, nous disait-il, arrachant du livre de ma mémoire quelques pages un peu mélancoliques, adresser à tous mes remerciements.

A ceux qui sont venus.

A ceux qui auraient voulu venir.

A ceux mêmes qui ne le voulaient pas.

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE

(British Dental Association, B. D. A.)

Réunion annuelle de 1911.

La 31e réunion générale annuelle de l'Association dentaire britannique a eu lieu à l'Université de Londres, les 3, 4 et 5 août 1911, sous la présidence de M. W. B. Paterson, président. Ainsi que nous l'avons dit, cette réunion faisait suite immédiatement à la session de la F. D. I., de sorte que les deux assemblées se complétaient l'une par l'autre et l'affluence des assistants en a été d'autant plus grande.

Cette réunion dentaire de la grande Société anglaise était parfaitement organisée et a été particulièrement brillante. Elle comprenait des séances administratives, des séances de communications orales, des démonstrations pratiques, des présentations, etc. Nous en avons publié le programme sommaire général ; nous le complétons aujourd'hui par le programme détaillé des communications et des démonstrations. La plupart de ces communications ont été ou seront publiées in extenso dans *L'Odontologie.*

La séance d'ouverture a eu lieu le 3 août, à midi, dans la grande salle de l'Université de Londres. Le président sortant, M. H. Waite, a remercié les membres de l'Association de l'honneur qu'ils lui avaient fait en l'appelant à la présidence et a présenté son successeur.

Dans son discours d'ouverture, M. Paterson, président, après

avoir examiné ce que l'État a fait pour les dentistes, a insisté spécialement sur la nécessité de la création de services dentaires dans l'armée et la marine. Il a rappelé les excellents résultats qu'avait donnés l'organisation de ces services pendant la guerre Sud-Africaine.

Il a été donné lecture du rapport du Conseil représentatif duquel il résulte que le nombre des membres de l'Association est actuellement de 2.000, contre 1.860 en 1910 et 1.750 en 1909.

Le montant des cotisations s'est élevé à 49.425 fr.

Le rapport signale la création d'une clinique dentaire à l'hôpital Poplar et d'une clinique dentaire scolaire à Deptford (Londres); ainsi que la création de cliniques dentaires à Bradford et à Norwich.

Il a été remis le diplôme de membre honoraire de la B. D. A. à M. Godon, déjà nommé dans une session antérieure avec MM. Miller et Brophy, ainsi qu'à M. Kirk (de Philadelphie).

COMMUNICATIONS.

M. NOEL BARDSWELL (Midhurst) : *L'importance de la dentisterie dans ses rapports avec la tuberculose et la santé publique.*

Les ouvrages de médecine, quand ils parlent des complications possibles de la tuberculose, ne mentionnent jamais la carie dentaire, quoique ces complications soient peut-être celles qui se rencontrent le plus fréquemment. La mauvaise nutrition est un facteur considérable dans le traitement de la tuberculose et la restauration et la conservation d'une bonne nutrition générale est un des premiers éléments de succès.

M. MACDONALD WATSON (Bristol) : *Nouveau plaidoyer en faveur d'une campagne d'enseignement.*

L'auteur examine le devoir de la profession ce qui a été fait en matière d'enseignement dans le passé pour former les dentistes, ce qu'on fait actuellement, ce qu'il reste à faire, la façon de le faire.

M. BRUNTON (Leeds) : *Les travaux de vulcanite.* (Voir page 304 de ce numéro.)

M. FRANK HARRISON (Sheffield) : *Les mauvais effets produits sur les tissus durs et les tissus mous et la santé générale par l'exagération du suçage du pouce.*

M. A. BOGUE (New-York) : *Prévention des difformités dentaires.* Sera publié dans un prochain numéro.

M. W. RUSHTON (Londres) : *Effet de la respiration buccale sur les contours de la face.* Sera publié dans un prochain numéro.

M. A. KORBITZ (Berlin) : *Détermination géométrique des arcs d'expansion.* (Nous avons publié ce travail dans notre numéro du 30 septembre.)

M. H. CRYER (Philadelphie) : *Changements pathologiques dans les maxillaires ayant pour résultats accidentels des dents incluses et autres*

troubles au point de vue de l'emploi des rayons X pour le diagnostic. Sera publié dans un prochain numéro.

M. J. BABCOCK (Londres) : *Asepsie et prothèse.* Sera publié dans un prochain numéro.

M. A. HOPEWELL-SMITH (Londres) : *Le pain et la production expérimentale de la carie.* Sera publié dans un prochain numéro.

M. G. CUNNINGHAM (Cambridge) : *Résultats donnés par l'institut dentaire infantile de Cambridge et leur importance comme guide pour l'avenir.* Sera publié dans un prochain numéro.

M. A. BAKER (Londres) : *Le dentiste de l'école publique comparé au dentiste du cabinet.*

On sait qu'il existe en Angleterre une Société de dentistes scolaires dont les membres donnent des soins aux enfants des écoles primaires et même aux enfants des écoles secondaires. L'auteur adresse un appel à ses confrères pour qu'ils adhèrent à la Société et il indique les conditions auxquelles les soins dentaires sont et doivent être donnés. Le dentiste scolaire est surtout et avant tout un praticien de cabinet.

M. C. WALLIS (Londres) : *Avantages résultant du traitement dentaire scolaire.*

Ces avantages sont les suivants :

1° Amélioration générale de la santé des classes pauvres ;

2° Régularité plus grande dans la fréquentation scolaire et travail plus assidu ;

3° Résistance plus grande à la maladie, notamment à la tuberculose ;

4° Augmentation du nombre des recrues bonnes pour le service militaire et du nombre des citoyens bien portants capables d'un rendement industriel plus grand.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.

Samedi, 5 août, matin.

M. KORBITZ (Berlin) fait une démonstration sur la confection géométrique des arcs d'expansion suivant le procédé décrit dans sa communication.

M. FIELD ROBINSON (Paris) présente le système de Couronne à verrou de Léger-Dorez.

M. C.-S. MORRIS (Londres) : Inlays d'or coulé.

M. W.-T. DAVIE (Dundee) présente une Nouvelle machine à couler, qui n'est autre qu'une sorte de pipe automatique mais qui paraît bien délicate de fonctionnement et peu pratique.

M. W.-A. HARROP (Glasgow) a présenté Appareil pour la démonstration des irrégularités dentaires tout à fait analogue au téra-

dontographe imaginé par M. Subirana de Madrid (V. *Odontologie*, 1908-v-11, p. 198); il a présenté également : 1° Nouvelle plaque d'expansion ; 2° Emploi des chevilles à ancre détachées dans les inlays coulés.

M. S. Reeves (Dublin) : Couronnes de porcelaine platine.

M. H. Parrott (Birmingham) fait des démonstrations d'anesthésie par injection pour les opérations conservatrices par un procédé qui n'est autre que l'anesthésie diploïque de Nogué, mais sans que cet auteur soit cité.

M. H. Norman (Manchester), à l'aide d'un casque d'Angle modifié démontre un Procédé commode et simple de traitement de la protrusion supérieure.

M. Frank Harrison (Sheffield) : Foulage de l'amalgame au moyen de tampons en caoutchouc mou.

M. J.-H. Stromier (Glasgow) : Préparation de la cavité.

Rôle de la matrice dans les grandes obturations à l'amalgame.

M. C.-A. Clark (Londres) : Radiographie.

M. G. Brunton (Leeds) : Travail de la vulcanite.

M. J. Turner (Londres) : Puissance de l'éruption.

M. C.-N. Peacock (Bedford), partisan comme nous-même de l'inutilité des couronnes métalliques dans la conservation des racines (M. Roy, *Odontologie*, 1905-v-1, p. 207), présente des Couronnes coulées sans collier.

M. A. Hopewell-Smith (Londres) présente d'intéressantes Coupes microscopiques et photo-micrographiques de pyorrhée alvéolaire.

Colonies de diverses cultures pour illustrer sa communication que nous publierons sur la production expérimentale de la carie.

5 août après-midi.

M. K. Goadby (Londres) : Le vaccin et sa préparation.

M. C. J. Storey (Londres) : Restauration à l'aide de la pierre synthétique d'Osborn.

M. P. S. Campkin (Londres) : Spécimens de pièces de métal coulé.

M. W. Thew (Londres) : Procédé d'anesthésie de la dentine et de la pulpe.

M. Wormald (Brighton) : Nouvel appareil pour l'administration du protoxyde d'azote.

M. R. Ward (Sutton) : Les inlays en tige.

M. Gordon Johnson : Emploi du prosopomètre.

M. Lloyd-Williams (Londres) : Contraction des dentiers revulcanisés avec indications pour la solution du problème.

M. Chapman (Londres) : Appareils d'orthodontie.

M. J. W. Doherty (Londres) : Pièces destinées à empêcher la gingivite marginale et à faciliter le nettoyage.

M. W. J. Wormald (Brighton) : Coulage des pièces en or avec l'air comprimé.

M. J. Colyer (Londres) : Présentation avec projections de spécimens de la maladie du périodonte provenant du Collège royal des chirurgiens.

Indépendamment de ces démonstrations on a compté un certain nombre de cliniques intéressantes.

Dans le vestibule de l'Université plusieurs écoles avaient exposé des pièces fort intéressantes de leur musée ; il a été présenté également une collection de modèles d'orthodontie ; M. Kirk a présenté une collection de travaux faits par les étudiants de l'Ecole dentaire de l'Université de Pensylvanie ; M. G. Villain en son nom et au nom de M. Georges Robin a présenté une collection de travaux exécutés par les élèves stagiaires de l'Ecole dentaire de Paris. Ces deux expositions ont très vivement intéressé les visiteurs.

Une très importante exposition de fournitures dentaires très complète à laquelle prenaient part 23 maisons anglaises ou étrangères ajoutait à l'intérêt de la réunion.

Plusieurs réceptions fort brillantes, soirées, bals, banquets, excursions, etc., offraient aux sociétaires, à leurs familles et à leurs invités un attrait tout particulier.

Cette assemblée a été des plus réussies et l'on ne saurait trop adresser d'éloges aux organisateurs. Les Français qui ont eu le plaisir d'assister à cette belle réunion sont heureux d'adresser leurs sincères remerciements à leurs confrères anglais pour l'aimable réception qu leur a été faite.

M. Roy.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

SESSION DE LONDRES, AOUT 1911.

(Suite.)

1re SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Mardi 1er août, Hôtel Cecil.

Présidence de M. PATERSON, président.

La séance est ouverte à 5 h. 1/2 du soir.

Sont présents : MM. Aguilar (Madrid), Blatter (Paris), Campion (Manchester), Godon (Paris), Grevers (Utrecht), Guerini (Naples), Guy (Edimbcurg), Harrison (Brigthon), Francis Jean (Paris), Kirk (Philadelphie), Mummery (Londres), Rosenthal (Bruxelles), Roy (Paris), Schäffer-Stuckert (Francfort-sur-le-Main), Valenzuela (Séville), G. Villain (Paris), H. Villain (Paris), Weiser (Vienne).

Assistent également à la séance : MM. Cunningham (Cambridge), Quaterman (Bruxelles), Quintin (Bruxelles), Van der Hœven (La Haye).

I. — CORRESPONDANCE.

Le président donne lecture de la correspondance, qui comprend des lettres de MM. Jenkins, Sauvez, Zsigmondy.

II. — ADMISSION DE MEMBRES.

Le président annonce qu'il a adressé des invitations à prendre part à la session à MM. Burt (Paris), Gilmour (Liverpool), Field Robinson (Paris), Paul Jean (Paris), Bostock (Kidderminster), Devars (accrédité par la République de Panama), Colder, James Broos (Dundee), Canning (Southsea), Georges Thompson (Londres), Matheson (Londres), David Brown (Bruxelles), Piperno (Rome), Dall (Glasgow), Blatter (Paris), H. Villain (Paris), R. Lemière (Paris).

M. Aguilar fait part de la mort de M. Sayas Bazan, qui est remplacé par M. Weiss.

M. Kirk propose la nomination de MM. Darby (Université de Pensylvanie) et Piercy Mac Cullough (Philadelphie).

M. Aguilar annonce la nomination de M. Landete comme représentant du gouvernement espagnol.

M. Schäffer-Stuckert propose la nomination du Dr Scheele (Cassel) comme membre du Conseil exécutif et de M. Rees Price (Glasgow).

Le président estime qu'il vaudrait mieux que la cotisation des délégués fût payée par l'Association nationale.

M. Godon considère qu'il y a trois espèces de membres.

Le président répond que le trésorier a fait en réalité trois catégories.

Il demande à l'assemblée si elle veut se prononcer en bloc ou séparément sur les admissions proposées.

L'assemblée décide de voter en bloc.

Les admissions proposées sont mises aux voix et prononcées.

III. — Admission de fédérations nationales.

Le président dit que cette question regarde les délégués des différents pays et qu'aux Etats-Unis par exemple la F. D. I. ne compte pas autant de sociétés affiliées qu'elle pourrait en avoir.

IV. — Correspondance relative au Comité national français d'hygiène dentaire (Roy) et a l'Association française d'hygiène dentaire (Francis Jean).

Le président dit que cette question a donné lieu à une volumineuse correspondance.

M. Jessen avait demandé aux divers Comités nationaux de faire quelque chose pour l'hygiène dentaire. La F. D. N. française forma un Comité d'hygiène, mais M. Francis Jean ne fut pas satisfait de cette création et se retira pour créer une autre société.

Le président ajoute qu'il a reçu beaucoup de correspondance à ce sujet, mais qu'il propose de ne pas en lire un seul mot, parce que cette affaire ne regarde pas la F. D. I.

M. Godon rappelle qu'il a écrit à M. Paterson pour lui demander que l'affaire soit ajournée à 1912, parce qu'elle a un caractère purement national, et il demande qu'il en soit ainsi au nom de l'Association générale syndicale des dentistes de France et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

M. Kirk fait remarquer que cette question ne peut être portée devant le Conseil exécutif.

M. Godon dit qu'il est impossible de discuter la question, car M. Francis Jean fait sa proposition au nom de la F. D. N. française, et lui fait la sienne au nom de plusieurs sociétés faisant partie de la F. D. N.

M. Roy dit qu'il vient de consulter M. Francis Jean et que celui-ci accepte l'ajournement du débat.

M. Guy propose que les deux sociétés (Comité national français d'hygiène dentaire et Association française d'hygiène dentaire) soient admises dans la F. D. I. au même titre. — Adopté.

V. — Rapport du Trésorier.

M. Rosenthal, trésorier, donne lecture de son rapport.

MM. Aguilar, Campion et Roy sont désignés pour vérifier ses comptes.

Le président fait connaître que M. Brophy est délégué de l'Association dentaire nationale (Etats-Unis) et propose l'admission du Dr Baby.

M. Kirk appuie la proposition.

M. Baby est admis.

M. Aguilar demande que toutes les propositions d'admission de délégués soient faites par écrit.

M. Rosenthal propose que la formule de demande d'admission mentionne que le candidat est prêt à payer sa cotisation.

M. Francis Jean demande s'il n'est pas nécessaire qu'il y ait des Comités nationaux pour parrains.

M. Rosenthal répond négativement parce qu'il s'agit de membres libres.

M. Aguilar demande que le président ouvre un crédit pour la publication des comptes rendus de la F. D. I., afin que celle-ci ne soit pas obligée de recourir à la générosité des présidents. Il y a des contradictions dans les comptes rendus et les règlements publiés ; il n'en serait pas ainsi s'il était fait une publication unique.

Il donne lecture, à ce sujet, d'une proposition ainsi conçue :

« Le président est autorisé à prendre des mesures pour la publication du compte rendu de la présente session.

» La brochure sera précédée : 1° d'un court historique de l'organisation de la F. D. I. ; 2° des statuts et règlements ; 3° des résolutions permanentes ; 4° des statuts et règlement du prix Miller ; 5° de la liste des membres d'après leurs fonctions et leur mandat ; 6° de la liste alphabétique des membres.

» Le Conseil exécutif recommandera aux Comités nationaux des pays qui ne parlent pas anglais de publier tout ce qui est indiqué ci-dessus, pour que le tout paraisse en français, en allemand, en espagnol et en anglais. »

M. Godon répond que les idées de M. Aguilar partent d'un excellent sentiment ; mais que jusqu'à présent il a fallu recourir à cette générosité.

Le président dit que, si l'on veut bien s'en rapporter à lui, il fera pour le mieux et au meilleur compte.

M. Aguilar insiste et rappelle que toutes les propositions doivent être faites par écrit.

M. Roy est d'avis que, si la F. D. I. peut s'imposer la dépense de

la publication des règlements, celle-ci doit se faire sous la surveillance du Bureau.

M. G. Villain fait remarquer que la publication ne serait faite que pour 5 ans.

Le président fait observer que la proposition de M. Aguilar en contient plusieurs.

M. Campion propose que la question soit renvoyée à une Commission qui ferait un rapport le lendemain après-midi.

M. Godon appuie la proposition, qui est mise aux voix et adoptée.

MM. Aguilar, Campion, Rosenthal, Schäffer-Stuckert sont désignés pour faire partie de cette Commission.

La séance est levée à 7 heures.

Banquet.

Le mardi 1er août un banquet réunissait à l'Hôtel Cecil, à 8 heures du soir, les membres de la F. D. I., au nombre d'environ 80. Un orchestre symphonique s'est fait entendre pendant le repas, avec exécution de quelques soli.

Au dessert, des toasts furent portés dans les quatre langues admises à la F. D. I. : par M. Guy (Edimbourg), en anglais ; par M. Roy (Paris), en français ; par M. Valenzuela (Séville), en espagnol ; par M. Schäffer-Stuckert (Francfort), en allemand ; par M. Bebbs (San-Francisco), en anglais au nom des représentants américains.

Après chacun de ces toasts, l'hymne national du pays de l'orateur fut joué par l'orchestre et entonné par les convives.

MM. Guerini (Naples) et Daubry (St-Pétersbourg) prirent aussi la parole, le premier en français et en italien, le second en français et en russe.

Cette réunion était parfaitement organisée, le dîner était très bien servi, et il y a lieu de remercier M. Paterson et ses collègues anglais de cette organisation.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

A la dernière session de la F. D. I. à Londres deux représentants de l'Amérique du Nord disaient que ce grand organisme (la F. D. I.) n'est malheureusement pas encore bien connu dans leur pays, que son action n'y est pas encore parfaitement comprise et que son but n'y apparaît pas clairement aux yeux de tous les membres de la profession.

Ce qui a été dit à Londres de la F. D. I., nous pourrions le dire ici avec autant de raison de la Fédération dentaire nationale française. En dehors des praticiens groupés en sociétés qui adhèrent à la F. D. N., nul — ou peu s'en faut — ne se rend compte de ce qu'est cette organisation, de son but, de ses principes et il en est même beaucoup qui ignorent son existence.

Jeter un peu de clarté sur ces points obscurs, exposer l'historique de la F. D. N., son passé, son présent, ses lignes directrices et essayer d'en dégager son avenir, telle est la raison du présent article.

La Fédération dentaire nationale, quoique fondée en réalité conformément à un vœu du troisième Congrès dentaire international de 1900, prend son origine dans une union *qui se fit entre les Sociétés dentaires françaises organisatrices du premier Congrès dentaire international de 1889, c'est-à-dire l'Association générale des dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris, avec l'Association odontotechnique et l'Ecole dentaire de France. (V.* L'Odontologie, *août 1888, p. 357).*

Cette union se cimenta à nouveau en 1893 à l'occasion du deuxième Congrès dentaire international tenu à Chicago (V. Revue Internationale d'Odontologie, *juillet 1893, p. 325), puis en 1898 pour la préparation du Congrès de 1900, entre les mêmes Sociétés, auxquelles s'était jointe cette fois l'Ecole dentaire de Lyon, récemment fondée.*

Elle s'est définitivement établie en 1901 pour réaliser le vœu n° 12 émis dans la séance de clôture de ce Congrès ainsi conçu : « Que les Comités nationaux formés en vue du Congrès actuel continuent d'exister et constituent la Fédération dentaire internationale. »

C'est donc le Comité national français formé à l'occasion du Congrès de 1900, c'est-à-dire le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F., uni aux groupements des deux autres écoles reconnues d'utilité publique, qui constitue la base de la Fédération dentaire nationale française.

Nous n'apprendrons rien à personne et nous ne serons certainement contredit par personne en affirmant — l'histoire professionnelle est là pour le prouver — que ce sont les deux Groupements parisiens (E. D. P. et A. G. D. F. d'une part ; E. O. et A. E. O. d'autre part), auxquels est venu se joindre le Groupement lyonnais, fondé 19 ans plus tard, qui marchent depuis 31 ans à la tête du mouvement odontologique et du progrès professionnel, notamment par la création des congrès internationaux (Paris 1889 et 1900) et nationaux (Bordeaux 1895, Nancy 1896, Paris 1897, Lyon 1898, Ajaccio 1901), les réunions nationales se continuant annuellement sans interruption sous forme de sessions de la section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences[1].

La base de l'action de la F. D. N. n'est autre que la déclaration de principes du Groupement de l'E. D. P.

---

1. On se rappelle que cette section fut créée en 1901 sur l'initiative et les nstances du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

et de l'A. G. D. F., qui résume dans son ensemble la conception de la profession dentaire telle que la comprennent les dentistes dits odontologistes, par opposition à la conception admise par les médecins dits stomatologistes. La F. D. N. adopta, en effet, cette déclaration le 9 avril 1904.

La Fédération est donc nettement odontologiste par cette déclaration.

Mais elle est aussi professionnelle, puisqu'elle a pour but la défense en commun des intérêts généraux de la profession, et que les relations internationales de la corporation rentrent dans ses attributions.

Elle est surtout scientifique et philanthropique par son origine et par les sociétés qui la composent, les deux groupements parisiens et le groupement lyonnais comprenant chacun une Société d'odontologie consacrée aux questions scientifiques et un dispensaire où sont soignés gratuitement les indigents, sans parler des caisses de prévoyance destinées à venir en aide aux membres de la profession dans un embarras pécuniaire, ou à leur veuve, et sans parler des Commissions syndicales qui s'efforcent de régler à l'amiable, à titre d'arbitres, les différends qui leur sont soumis.

Son action, de 1900 à 1910, a confirmé ce triple caractère, témoin les réunions nationales de 1902 à Montauban, de 1903 à Angers, de 1904 à Grenoble, de 1905 à Cherbourg, de 1906 à Lyon, de 1907 à Reims, de 1908 à Clermond-Ferrand, de 1909 à Lille et de 1910 à Toulouse, à l'Association française pour l'avancement des sciences, et les Congrès internationaux de Saint-Louis (1904) et de Berlin (1909) à la préparation desquels elle a collaboré et auxquels elle a pris part par ses délégués.

Son rôle dans la réforme de l'enseignement dentaire ne saurait être passé sous silence. Elle a participé au mouvement qui a abouti au décret du 11 janvier 1909 et s'est occupée à maintes reprises des questions que

soulevait le difficile problème de l'enseignement et des examens dentaires, notamment en approuvant le 11 avril 1908 le rapport au Recteur de l'Université de Paris qui provoqua la réforme sanctionnée par ce décret, et en adressant des requêtes et des délégations aux pouvoirs publics.

L'hygiène dentaire ne l'a pas laissée indifférente : elle s'est préoccupée de l'introduire dans la masse, et les représentants des sociétés qui la composent ont fondé sous son égide et celle de la F. D. I. deux sociétés d'hygiène dentaire.

Cet ensemble de faits montre mieux qu'un article de ses statuts que la F. D. N. a le souci constant de la défense des intérêts professionnels, mais il montre aussi qu'elle comprend cette défense autrement que par l'action purement syndicaliste. Sa conception est d'un ordre plus élevé. La profession dentaire ne compte, en effet, en France que 4 à 5000 membres. En les supposant tous groupés en un faisceau, quelle place peuvent bien avoir leurs revendications dans les préoccupations des pouvoirs publics auprès de syndicats comptant des millions ou seulement des centaines de milliers d'individus ? Les poursuites contre quelques fraudeurs, si elles rappellent à l'observation stricte de la loi, ne sauraient suffire à constituer tout le programme d'action d'une société.

L'action de la F. D. N. tend par-dessus tout à faire le praticien plus instruit, plus exercé, plus compétent, rendant plus de services au public, à le faire par suite plus considéré ; elle cherche à lui donner une situation sociale plus haute, un rôle plus en rapport avec les services qu'on attend de lui, à étendre ses relations, à en faire l'éducateur du public et à instruire elle-même ce dernier, à faire profiter la masse de créations et d'organisations propres à conserver et à améliorer la santé générale et à donner au pays des générations plus fortes.

Toutefois, comme toutes les sociétés, la F. D. N., au cours de son existence, a eu sa crise, crise qu'elle subit en ce moment, mais qui, nous en sommes convaincu, ne sera que passagère et que nous nous efforcerons pour notre part d'abréger le plus possible en travaillant à l'union de tous nos groupes.

Sur l'invitation de la Commission d'hygiène de la F. D. I., la F. D. N. se mit à l'œuvre pour créer un Comité national français d'hygiène dentaire ; mais à la suite d'un conflit d'idées, provoqué par l'intervention de personnes étrangères à la profession, il se forma deux Comités.

La genèse de ces Sociétés a d'ailleurs été exposée tout au long dans ce journal (n° du 30 juillet 1911) et nous n'y reviendrons pas. J'ai du reste suffisamment indiqué mon opinion sur ces incidents.

Une scission se produisit dans le Bureau de la F. D. N. Chacun se prit alors à regarder autour de soi et découvrit dans la constitution de ce bureau, aussi bien que dans divers actes de la Fédération, une série d'irrégularités dues à l'inobservation des statuts, irrégularités auxquelles on n'avait jamais songé, mais dont chacun doit prendre sa part.

Ces irrégularités sont si nombreuses et vicient tellement le caractère représentatif de la Fédération que notre confrère M. Siffre y a consacré, dans le numéro d'août 1911 de la Revue odontologique et Revue générale de l'art dentaire, *sous le titre* Situation embrouillée, *un article que nous avons analysé dans notre numéro du 15 septembre.*

La solution qu'il préconise, la seule d'ailleurs possible pour mettre fin à l'incident et remettre toute chose en place, consiste dans le retour à l'application stricte du règlement, légèrement modifié et précisé sur quelques points obscurs, notamment dans l'article 10 relatif à la convocation de l'assemblée générale extraordinaire, dont le délai devrait être fixé à un mois,

comme dans nos sociétés, et en ce qui concerne la composition du Comité exécutif nommant le bureau, qui n'est pas indiquée assez clairement, de même quant à l'observation des décisions de la majorité.

Lorsque la F. D. N., suivant ce sage conseil, aura fait peau neuve, basée, comme elle l'est et comme elle doit l'être, uniquement sur les principes odontologiques et représentant principalement les Groupements des deux écoles dentaires parisiennes et de l'école dentaire lyonnaise reconnues d'utilité publique, elle pourra poursuivre, avec une autorité incontestée, l'évolution et la défense des intérêts professionnels non seulement par une action syndicale tout empreinte de bienveillance et obéissant uniquement à des idées élevées de solidarité et de bonté paternelle, mais encore et surtout par l'action scientifique et philanthropique de ses membres. N'en doutons pas un instant, cette action scientifique et philanthropique des dentistes, plus que l'action syndicale, lui gagnera l'estime, la considération, la sympathie et l'appui de la population et des pouvoirs publics et lui facilitera singulièrement la réalisation de ses revendications.

Mais pour agir utilement, elle a besoin du concours de tous, elle a besoin de l'entente, de la concorde et de la bonne volonté des membres de la profession. Nous exprimons donc le souhait qu'elle continue son œuvre par l'union des groupements des trois écoles qui depuis leur création ont toujours été à la tête de la profession et avec la collaboration des sociétés et des confrères qui sont animés des mêmes intentions et qui poursuivent le même idéal que la Fédération.

A. BLATTER.

A PROPOS DES EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES

Le mois de juillet a été, à la Faculté de médecine, consacré en grande partie aux examens de chirurgiens-dentistes.

L'impression qui se dégage de ces examens est que la majorité des étudiants qui s'y présentent sont studieux et instruits de leur programme.

Sans doute, on sent chez plusieurs que les réponses sont apprises par cœur et ne correspondent dans l'esprit à rien de bien net. Comment en serait-il autrement, étant données l'abondance des sujets et la rapidité des études !

On est frappé toutefois, et c'est là-dessus que je veux insister, de rencontrer quelques esprits distingués qui intelligemment ont pénétré les problèmes délicats et dont les connaissances médicales dépassent le programme de l'examen.

Quelques-uns subissent à peu de jours de distance, avec un ensemble de notes supérieures, le premier et le deuxième examen, c'est-à-dire l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la thérapeutique.

Ceci indique, semble-t-il, quelque disposition pour l'étude des sciences médicales, et quand on compare ces candidats à la moyenne des étudiants en médecine, on se demande forcément si les barrières élevées entre eux sont vraiment justifiées.

Qu'est-ce qui les sépare en effet ? C'est qu'en général les premiers sont peu fortunés et qu'ils n'ont pas leur baccalauréat. Le baccalauréat ! Jugement dernier porté dès l'adolescence et qui sépare à jamais les hommes « en boucs et en brebis ».

Je n'ai nullement l'intention, par le temps qui court, de me faire écharper en l'attaquant, d'autant moins que je suis bien loin de nier l'importance des études classiques et le rôle qu'elles peuvent avoir dans la formation d'un esprit. Mais au point de vue strictement médical, qu'indique le titre de bachelier ? Une culture générale, une facilité à retenir des sujets variés, mais il n'indique pas, que je sache, des aptitudes spéciales pour la médecine.

Dès lors, pourquoi ouvrir les portes de la Faculté aux seuls bacheliers et les fermer devant ceux qui précisément ont montré d'une façon très nette leur disposition particulière pour les sciences médicales.

De ceux-là, il en existe dans les écoles dentaires, dans les écoles vétérinaires et probablement ailleurs. Comme le disait ici même, il y a quelques semaines, le Dr Linossier, il ne faut pas de parti pris repousser l'élite de l'enseignement primaire.

Ceux qui, par exemple, connaissent les élèves de l'Ecole de physique et de chimie, savent quelle est leur valeur et n'ignorent pas que leurs connaissances théoriques et pratiques sont supérieures à celles de la moyenne de nos étudiants du P. C. N. — Pourquoi ne pas permettre à certains d'entre eux, si toutefois ils le désirent, de venir à la Faculté de médecine après, si l'on y tient, avoir subi un examen complémentaire d'histoire naturelle ?

J'entends les objections : vous allez encore augmenter l'encombrement médical, vous allez découronner d'autres écoles.

L'argument de l'encombrement médical a peu de valeur, car il ne s'agirait bien entendu que d'un petit nombre d'appelés, sérieusement triés par examen ou concours ; dans ces conditions, si c'est une élite qui vient à la Faculté, le niveau des études ne peut qu'en être relevé au détriment des mauvais étudiants qui vraisemblablement se trouveront éliminés en plus grand nombre.

Il ne s'agit pas non plus de découronner systématiquement d'autres enseignements au profit de la Faculté de médecine ; les avantages de notre profession ne sont pas tellement considérables qu'il faille craindre que tous ceux qui en auront le droit se décideront à venir à notre Faculté.

En tous les cas, il est juste de réclamer qu'il ne soit pas imposé de bornes à de jeunes cerveaux qui ont fait leurs preuves et ne méritent pas d'être limités dans leur activité.

(Paris médical, 2 sept. 1911.) JEAN CAMUS.

BIBLIOGRAPHIE

« L'anesthésie locale en Dentisterie opératoire » par la novocaïne.

FLEISCHMANN, OCTAVE DOIN, et fils, éditeurs, Paris.

L'anesthésie locale devient tous les jours davantage la méthode de choix des chirurgiens-dentistes pour rendre indolores les interventions de petite chirurgie.

Le Dr Piquand, chef de clinique du prof. Reclus, a indiqué dernièrement dans son excellent ouvrage : *L'anesthésie locale, Méthode du prof. Reclus,* illustré de 30 figures des plus instructives, de quelle façon il convient d'opérer sous l'anesthésie novocaïnique dans chaque cas particulier qui peut se présenter.

M. Fleischmann vient de compléter le manuel opératoire par son livre : *L'anesthésie locale en dentisterie opératoire,* consacré entièrement à l'anesthésie novocaïnique en dentisterie opératoire.

La préface de M. le Dr J. Tellier dit nettement combien le livre de Fleischmann est une œuvre de vulgarisation et d'enseignement.

M. Fleischmann, après avoir parlé du facteur douleur intimement lié à tout ce qui touche les interventions dentaires, expose brièvement les méthodes utilisées autrefois pour atténuer la douleur, puis il s'étend plus longuement sur l'anesthésie locale par la novocaïne, à laquelle il donne la préférence.

Dans son manuel opératoire, il donne tous les détails de la technique qu'il convient d'employer dans les diverses interventions sur les dents.

C'est un ouvrage des plus intéressants que nous recommandons tout spécialement à nos confrères.

Le mentor « Riedel » de 1911

C'est une encyclopédie chimique des plus intéressantes, qui vient de paraître en langue française, après avoir déjà vu en Allemagne sa 55e édition.

Le Mentor français de 1911 se divise, comme son prédécesseur de 1908, en deux parties : la première contient les plus importants médicaments, spécialités et produits pharmaceutiques et techniques introduits sur le marché dans les dernières années ; ceux-ci sont l'objet d'un rapport sur leur composition et emploi, court, mais frappant et utile. La deuxième partie contient les spécialités pharmaceutiques « Riedel » décrites selon leur composition, action, emploi,

dose et leurs qualités propres. De celles-ci nous ne voulons nommer que les plus connues : Apéritol, Bornyval, Givasan, Gonosan, Lecithol, Mergal, Ovogal, Salipyrin, Thiol et Xerase.

Zur Bakteriologie und antibakteriellen Therapie der Pyorrhea alveolaris.

La collection Wilhelm Pfaff, éditée par la maison Dyck, de Leipzig, vient de s'enrichir d'un nouveau volume de 42 pages avec 2 pl. en 4 couleurs (Bactériologie et thérapeutique antibactérielle de la pyorrhée alvéolaire), étude expérimentale due à M. Georges Blessing, assistant à la clinique de l'Université de Tubingen.

L'auteur expose les résultats bactériologiques des spécialistes et ses propres recherches ; il examine la thérapeutique antibactérielle en rendant compte des essais faits avec la pyozyanase dans la médecine générale et en indiquant le traitement de la pyorrhée avec cet argent. Il en donne les résultats cliniques, les bases expérimentales ; il mentionne les essais faits avec d'autres désinfectants, formule ses conclusions et ajoute un index bibliographique.

The prevention of dental caries.

M. Sim Wallace, dentiste de l'Hôpital du West End, de Londres, spécial pour les maladies nerveuses, vient de publier un ouvrage de 45 p. sur la *prévention de la carie dentaire* dont il nous a fait parvenir un exemplaire. C'est une étude consciencieuse de cette question qui préoccupe à juste titre tous les praticiens.

Leucoplasia buccale.

M. Maggioni Winderling, de Milan, vient de faire paraître sous ce titre (leucoplasie buccale) un ouvrage de 229 pages divisé en 3 parties. Dans la première, il passe en revue la documentation historique. Dans la seconde divisée en 8 chapitres, il étudie successivement les symptômes objectifs, les symptômes subjectifs, le cours de la maladie, son étiologie, sa pathogénie, son anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique. La troisième est consacrée à des notes critiques et à des observations personnelles. Six planches en couleur complètent le volume, qui est terminé par un index des auteurs consultés.

Le volume, très complet, dont nous félicitons l'auteur, est publié en italien par la *Societa editrice libraria*, de Milan.

Chemie für Zahnärzte.

M. F. Schœnbeck vient de publier, à Leipzig, une *Chimie pour chirurgiens-dentistes* en 266 pages. Ce volume, qui est le premier d'une série devant constituer la *Bibliothèque du chirurgien-dentiste*, est édité par la maison Dyck, sous la direction de M. Wilhelm-Pfaff, professeur à l'Université.

Cet ouvrage qui débute par deux préfaces et une introduction, comprend la chimie inorganique et la chimie organique, la première subdivisée en 20 chapitres, la seconde en 24 ; il est terminé par un index.

Tel qu'il est conçu, le plan de ce livre nous paraît de nature à rendre des services aux praticiens qui le consulteront.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

1° *Deux cas de résultats éloignés de rhinoplastie sur charpente métallique*, par Claude et Francisque Martin, de Lyon ;

2° *La prothèse antéopératoire dans les résections du maxillaire inférieur*, par les mêmes auteurs ;

3° *Nécessité de la méthode dans la science dentaire*, par Julien Tellier, de Lyon ;

4° *Rapport sur le Congrès international américain de médecine et d'hygiène de Buenos-Ayres* (section d'Odontologie), par O. Amoëdo ;

5° *Traitement des caries dentaires par la méthode aspiratoire*, par M. et Mme Filderman.

6° *La pyorrhée alvéolaire, ses origines, ses conséquences locales et générales*, par Julien Tellier (de Lyon) ;

7° *Les dents humaines changent de forme et de volume depuis l'éruption jusqu'à sa mort*, par M. H. Léger-Dorez ;

8° *Recueil des travaux du 5e Congrès international d'assistance publique et privée* de Copenhague (9-13 août 1910) en 2 vol.

(Ce dernier envoi nous a été fait à titre de congressiste, la Société de l'E. et du D. dentaires de Paris ayant adhéré, comme on sait, à ce congrès.)

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Staviski, démonstrateur à l'E. D. P., vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. Alexandre Staviski, à l'âge de 66 ans.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Dans sa séance du 10 octobre 1911, le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a procédé, sur la demande du président-directeur, M. Godon, aux nominations suivantes, pour l'année scolaire 1911-1912 :

M. Maurice Roy est nommé directeur de l'enseignement ;
M. Blatter, — directeur-adjoint ;
M. Villain G. — secrétaire général ;
M. Dreyfus, — secrétaire-adjoint.

De même, au point de vue administratif, le Conseil a pris les décisions suivantes :

1° M. J. d'Argent, vice-président, en qualité de directeur administratif, assurera d'une manière générale : *A*) la direction et le contrôle des services administratifs ; *B*) de concert avec M. Bioux, trésorier, le contrôle des services de comptabilité ;

2° M. L. Lemerle, vice-président, prendra la direction de la comptabilité scolaire et de l'administration intérieure relative aux élèves, aux malades, aux membres du corps enseignant, etc., de concert avec le directeur-adjoint.

École dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris le 3 décembre prochain.

*
* *

L'Ecole dentaire de Paris a besoin pour son enseignement d'un

certain nombre de dents naturelles. Elle serait très reconnaissante aux sociétaires de bien vouloir lui en envoyer et elle les remercie à l'avance.

Ecole de stage.

L'école du stage s'est ouverte à l'Ecole dentaire de Paris par l'entrée en 2ᵉ année des élèves de 1ʳᵉ année de la scolarité 1910-1911, dont les travaux ont été présentés et appréciés à la F. D. I. et à l'Association dentaire britannique en août dernier.

Un certain nombre de jeunes gens ont renoncé au stage chez le dentiste pour venir le continuer à l'Ecole. Aussi la rentrée des nouveaux élèves de première année s'annonce-t-elle comme devant réunir de nombreux sujets.

Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 15 novembre.

Exposition de Turin.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a obtenu un *diplôme d'honneur* à l'exposition de Turin, dans le groupe 24, Economie sociale, classe 162 B (Assistance publique et privée).

On sait que le diplôme d'honneur est la récompense immédiatement supérieure à la médaille d'or.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Raymond Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, professeur à l'E. D. P., avec Mˡˡᵉ Claire Revillon, célébré le 4 octobre.

*
* *

Notre confrère M. Auguste Fiévet a épousé, le 26 septembre dernier, Mˡˡᵉ Lucienne Dusseaut.

*
* *

Notre confrère, M. Gabriel Avignon, de Limoges, a été uni le 19 septembre dernier, avec Mˡˡᵉ Jeanne Avignon.

*
* *

Notre confrère, M. Agamemnon D. Joannidès, de Constantinople, a célébré dans cette ville le 11 septembre son mariage avec Mˡˡᵉ Eugénie Hallas.

*
* *

Mˡˡᵉ Carrie Kirk, fille de notre confrère M. E.-C. Kirk, doyen de

l'Ecole dentaire de Philadelphie, rédacteur en chef du *Dental Cosmos*, s'est mariée, le 16 septembre, avec M. J.-E.-G. Bryant.

*
* *

Nous adressons nos vœux de bonheur aux nouveaux époux et nos félicitations à leurs familles.

Monument Claude Martin.

Le comité du monument à élever à la mémoire de Claude Martin, de Lyon, a décidé de clore la souscription à la date du 1er décembre 1911. Le total des sommes souscrites à ce jour atteint 9.000 francs. Le comité adresse un pressant appel aux retardataires et les prie de bien vouloir envoyer leur souscription le plus tôt possible au Dr Caillon, 1, rue Victor-Hugo, Lyon.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu son assemblée générale annuelle le mardi 3 octobre 1911, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, sous la présidence de M. Godon, président sortant.

Après les communications inscrites à l'ordre du jour de M. Hirschfeld sur *les racines en porcelaine*, et de MM. R. Lemière et H. Masson, sur *l'étude mécanique des bridges,* qui ont donné lieu à des discussions intéressantes, l'assemblée a entendu et approuvé le rapport de M. Dreyfus, secrétaire général sortant. Puis elle a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus :

Président : M. Heïdé.
Vice-présidents : MM. G. Robin et Jeay.
Secrétaire général : M. R. Lemière.
Secrétaire-adjoint : M. G. André.

Société des chirurgiens-dentistes autrichiens.

La Société des chirurgiens-dentistes autrichiens célèbrera à Vienne, les 14 et 15 novembre prochain, la fête de son cinquantenaire.

Policlinique dentaire scolaire.

Un concours est ouvert au bureau du département de l'Instruction publique du canton de Genève pour : 1 poste de médecin-dentiste chargé de la policlinique dentaire scolaire de Genève. Traitement :

6.000 francs par an ; 1 poste d'assistant ou d'assistante. Traitement : 2.500 francs par an.

Les candidats devront être diplômés et avoir le droit de pratiquer dans le canton de Genève. Le cahier des charges peut être consulté au bureau du département de l'Instruction publique.

Dès que ces deux nouveaux postes seront pourvus, le département de l'Instruction publique chargera le médecin chef de la nouvelle policlinique de trouver un local approprié.

Avis.

D'après une décision du Conseil d'administration de l'E. D. P. et suivant convention passée entre l'Ecole et M. Delostal, marchand de charbons, 46, rue Cavé, Levallois-Perret, les membres de l'A. G. S. D. F. résidant à Paris sont admis à bénéficier, s'ils le désirent, des prix suivants acceptés par l'Ecole :

1° Grains d'anthracite anglais 10/15.......	les 1.000 kilog.	47 fr.
— — — 15/25.......	—	53 —
2° Noix — — du pays de Galles pour salamandres....................	—	60 —
3° Charbons Charleroi tout venant avec un maximum de 1/10 de poussier au plus........	—	50 —
4° Bois d'allumage, bouleau de boulanger livrés en bouts de 0.35 à 0.40..............		48 —
5° Margotins.........................	le cent	7 —
6° Gailletin pour cuisine, grosseur du poing,	les 1.000 kil.	55

Ces prix s'entendent pour des marchandises de tout premier choix, et rendues en cave, pour l'hiver 1911-1912.

Les commandes ne devront jamais être inférieures à 200 kil.

Erratum.

Dans l'article de notre collaborateur M. Jeay sur l'*Anesthésie régionale en art dentaire* il est parlé de NOVOCAINE de Corbière et Lindeux, c'est NÉOCAINE-SURRÉNINE qu'il faut lire.

31e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES MOTS DE CONSIDÉRATIONS MÉCANIQUES SUR LES TRAVAUX A PONT

Par H. MASSON et R. LEMIÈRE.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 octobre 1911.)

Cette étude ne comporte pas une revue des procédés de préparation des points d'appui et de ceux de construction purement techniques, pas plus qu'elle n'a pour but de comparer entre elles les diverses variétés de bridges fixes ou amovibles simples ou à extension. Ces données sont suffisamment répandues et chacun de nous les connaît. Aussi, avons-nous restreint cette étude au mode de répartition des forces masticatrices suivant le procédé de restauration adopté ; nous avons surtout voulu montrer que, si le facteur « articulation » est toujours important dans la construction des appareils de prothèse, il acquiert particulièrement dans celle du bridge une valeur d'autant plus grande qu'en raison de leur fixité les bridges ne peuvent pas, comme les autres appareils prothétiques, échapper à des pressions trop considérables par suite de déplacements (glissement ou enfoncement), ou de modifications plus ou moins légères. L'étude de l'articulation dans le cas particulier du bridge s'imposait donc.

Nous devions faire ensuite, d'après ces principes, une étude raisonnée de la répartition des points d'appui et de leurs combinaisons, d'où trois chapitres :

1° Mode de transmission des forces masticatrices, dans

les appareils à plaque, dans les bridges et dans une bouche non restaurée ;

2° Articulation. Comment elle peut être un facteur favorable ou défavorable dans la construction des appareils à pont ;

3° Étude des points d'appui. Comment ils doivent être utilisés pour réaliser le maximum de solidité.

CHAPITRE Ier.

FORCES MASTICATRICES.

1 *Appareil à plaque.* — Si nous considérons la fig. 1 ci-contre représentant un appareil prothétique à plaque, du modèle dit *appareil complet* du haut, opposé à une mâchoire inférieure normale, nous voyons que cet appareil transmet intégralement aux muqueuses et au maxillaire qu'elles recouvrent une force masticatrice intermittente que nous appellerons P. Soit S la surface totale des muqueuses en contact avec la plaque et p la pression moyenne par unité de surface, nous avons par définition $P = pS$ (1).

Mais, pour être intégralement transmise aux muqueuses la force P est d'abord appliquée à certaines parties externes de l'appareil supposé rigide et indéformable, c'est-à-dire aux faces triturantes des dents artificielles. Désignons par s l'ensemble de ces surfaces triturantes et par q la pression moyenne par unité de surface, nous pouvons écrire pour la même raison $P = qs$ (2).

Comme nous le verrons plus loin, la force P a pu être mesurée directement avec un appareil spécial. Supposons-la égale à 40 kilog.

D'autre part, supposons que la surface S de la formule (1) c'est-à-dire la surface totale de contact des muqueuses avec l'appareil, soit égale à 30 centimètres carrés, ce qui correspond à une plaque ordinaire, nous pouvons de cette formule tirer $p = \frac{40\text{ k.}}{30} = 1$ k. 333 par centimètre carré, mais dans l'équation (2) nous avons également $P = 40$ kilog. Supposons que s, la somme des faces triturantes, soit égale à

2 centimètres carrés, ce qui est très près de la vérité, étant donnée l'exiguïté des surfaces de contact dans une articulation même normale, nous pouvons déterminer la valeur de q ; $q = \frac{40 \text{ k.}}{2} = 20$ kilog. par centimètre carré.

La force P est donc répartie d'une façon toute différente d'une face à l'autre de l'appareil ; elle est de 1 k. 333 par centimètre carré de gencive, tandis qu'elle est de 20 kilog. par centimètre carré sur les faces triturantes des dents artificielles.

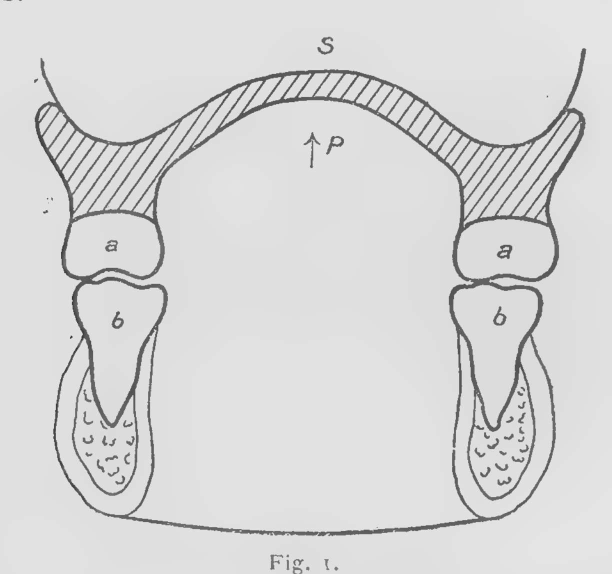


Fig. 1.

2° *Bridge*. — Voyons maintenant ce qui se passe dans une mâchoire de même puissance, mais dans laquelle les quelques dents qui restent au maxillaire supérieur sont utilisées pour servir de point d'appui à un bridge (voir fig. 2).

Pour connaître la nouvelle répartition de la force P il suffit de comparer les fig. 1 et 2.

La force masticatrice P est toujours égale à 40 k., la somme des surfaces triturantes est la même dans les deux cas et nous avons toujours q = 20 kilog., valeur tirée de l'équation (2).

Mais il n'en est plus de même de la valeur de p tirée de l'équation (1). Nous avions dans le cas de l'appareil à pla-

que une surface d'appui de 30 centimètres carrés ; dans le cas du bridge cette surface va se trouver considérablement réduite par la force des choses : supposons, par exemple, le bridge supporté par une centrale, deux canines et deux molaires ; leur surface totale décortiquée pourra être égale à 6 centimètres carrés tout au plus ; nous aurons donc en vertu de l'équation (1) $p = \frac{40 \text{ k.}}{6} = 6$ k. 666 par centimètre carré.

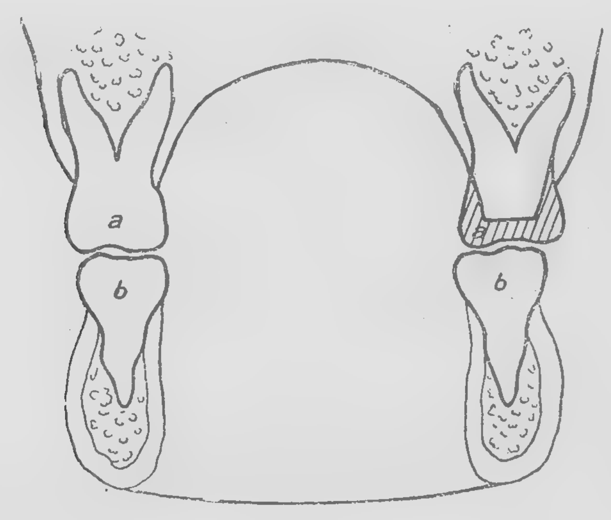


Fig. 2.

Nous réunissons dans le tableau qui suit les répartitions de la force P sur le maxillaire opposé, dans le cas de l'appareil à plaque et dans le cas du bridge : la répartition q sur les faces triturantes demeure la même, mais cela nous intéresse peu, parce que nous pouvons toujours les faire suffisamment résistantes. Il n'en est pas de même pour p.

Transmise sur une large plaque, la force P pourra bien ne pas imposer à la muqueuse une pression p trop considérable, cette muqueuse n'en demeure pas moins un organe non adapté à cette fonction nouvelle pour lui.

Transmise dans le cas du bridge par des bagues ou des pivots, surfaces relativement restreintes, cette force P pourra exiger des pressions p relativement fortes, mais sur des

organes déjà adaptés à ce genre de travail, c'est-à-dire sur les alvéoles des dents conservées.

Plaque........	P = 40 kil.	p = 1 kil. 333 q = 20 kil.	$S = 30^{cm}$ $s = 2^{cm}$
Bridge........	P = 40 kil.	p = 6 kil. 666 q = 20 kil.	$S = 6^{cm\,2}$ $s = 2^{cm\,2}$

Les équations précédentes (1) et (2) peuvent s'écrire $P = p\,S = q\,s$.

Raisonnant algébriquement, on voit que, P demeurant constant, si S diminue il faut que p augmente, ce qui veut dire en langage dentaire que si, dans les bridges, la surface des points d'appui se trouve forcément réduite, elle supporte par unité de surface une pression beaucoup plus considérable que la muqueuse dans les appareils à plaque. Quant à q et à s, ils ne varient pas.

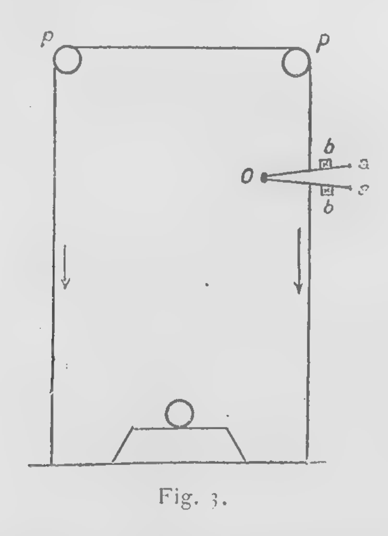


Fig. 3.

Les conclusions que l'on peut en tirer sont les suivantes :

A. — Les appareils à plaque répartissent la pression

masticatrice d'une façon uniforme sur la surface de la muqueuse. Ce sont des appareils satisfaisants au point de vue mécanique, parce que nous les supposons rigides et indéformables, ce qui peut toujours être obtenu.

B. — Les bridges concentrent la pression masticatrice sur certaines surfaces déterminées qui pourraient se trouver surchargées, si l'on n'y prenait garde, mais il faut ajouter tout de suite que ces surfaces font partie d'organes particulièrement adaptés à la fonction qu'ils remplissent ; et même ces organes faisant désormais partie d'appareils rigides et indéformables se trouvent par ce fait dans des conditions physiologiques plus favorables qu'auparavant ; au lieu d'être isolés pour résister à la pression P, ils se trouvent associés par le fait qu'ils font partie d'un bridge. Nous verrons plus loin que cette nouvelle condition contribue à les maintenir dans un état d'équilibre articulaire par suite d'une union qui les rend solidaires et aptes à un bon fonctionnement.

Pour développer ces dernières idées, considérons en effet, la même mâchoire avec sa force P toujours égale à 40 kilog., son maxillaire inférieur normal et son maxillaire supérieur pourvus des dents déjà désignées : une centrale, deux canines et deux molaires ayant toutes leur couronne intacte. Que se produira-t-il pendant la mastication ? Dans cette bouche non restaurée (voir fig. 2) chacune des dents citées ci-dessus peut être appelée à supporter seule la force de 40 kilog., n'étant pas liée à ses voisines ; dès lors, les surfaces S et s peuvent se trouver réduites à des fractions de centimètres carrés, ce qui les chargera d'un travail hors de proportion avec leur résistance propre et devant amener infailliblement leur ruine à brève échéance.

D'où cette conclusion pratique : toute dent isolée doit être réunie à d'autres par un bridge qui contribuera à sa conservation, toutes les fois que l'on peut multiplier les points d'appui fixes. Ce résultat ne peut être obtenu avec les appareils à plaque, qui sont essentiellement mobiles sur leur surface de contact, soit suivant la courbe de l'arcade dentaire, soit dans le sens latéral.

En résumé, nous avons cherché, dans ce chapitre 1er, à établir comment, dans les procédés de reconstitution usuels (plaques et bridges) ou dans les bouches non restaurées se transmettent et se répartissent les forces de mastication, et nous arrivons à cette conclusion que les surfaces d'appui des bridges ne sont pas exposées à supporter des pressions aussi grandes que les dents naturelles, mais des pressions généralement plus fortes que dans les appareils à plaque.

Nous avons dit que la force P supposée appliquée sur la mâchoire supérieure pouvait être de 40 kilog., c'est une moyenne résultant de nos expériences directes ; à la suite de nombreux auteurs, nous avons essayé d'évaluer cette force à l'aide d'un dynamomètre buccal spécial dont nous donnons le schéma (fig. 3). Nous avons déplacé 60 kilog. au niveau des molaires, 35 kilog. au niveau des incisives et des canines.

Il s'agit, au moyen des dents, de rapprocher l'un de l'autre les deux mors (a, a) et par suite de soulever le plateau chargé de poids que l'on fait varier, les mors (a, a) sont maintenus à leur maximum d'écart par les butoirs b, b. Le point fixe des leviers a b est en o, la puissance est appliquée sur les mors a, la résistance est au point d'attache des fils sur les leviers. En faisant varier la forme des mors a a, on peut intéresser une ou plusieurs dents ou bien un point particulier d'une mâchoire dont on veut mesurer la résistance.

CHAPITRE II

ARTICULATION.

Nous allons étudier maintenant comment la force P appliquée au bridge subit des variations par suite du mode d'engrènement des dents, en un mot comment l'articulation intervient dans le problème de la construction du bridge. Il est ici nécessaire de rappeler quelques données anatomiques qui ont une grande importance.

Tous les auteurs semblent maintenant d'accord pour définir une mâchoire normale idéale. Rappelons seulement

les faits principaux qui dans l'anatomie ou la physiologie de la mâchoire normale nous permettront de tirer des conclusions par rapport à la construction du bridge. Il est généralement admis que les dents y sont opposées une sur deux antagonistes, sauf l'incisive centrale inférieure et la dent de sagesse supérieure.

Les cuspides des molaires et des prémolaires s'engrènent à la façon d'une roue dentée de telle sorte que le cuspide mésio-buccal de la première molaire supérieure correspond exactement à l'espace compris entre les cuspides mésial et distal de la première molaire inférieure, tandis que l'axe de la canine supérieure correspond à l'espace proximal situé entre la première prémolaire et la canine inférieure.

D'autre part la ligne d'occlusion, ligne suivant laquelle se produit le maximum de points de contact lorsque les conditions sus-énoncées sont réalisées, n'est pas droite, mais courbe ; les incisives et la dernière molaire forment les extrémités de cette courbe à concavité supérieure, la première molaire en forme le point le plus inférieur.

Enfin les incisives et les canines supérieures recouvrent les incisives et les canines inférieures environ sur un tiers de leur hauteur. Cette partie recouverte s'appelle overbite. La hauteur des cuspides des molaires et des prémolaires est proportionnelle à la hauteur de l'overbite.

A l'état d'occlusion les cuspides buccaux des molaires inférieures reposent entre les cuspides buccaux et les cuspides linguaux des molaires supérieures.

Enfin les axes des dents ne sont pas parallèles entre eux. Ceux des incisives supérieures des canines et de la première prémolaire convergent en un point situé environ au milieu de l'os frontal. L'axe des deuxièmes bicuspides est à peu près vertical, tandis que les axes des molaires convergent en avant vers l'axe des deuxièmes bicuspides et vers la ligne médiane. Les deux supérieures ont leurs axes à peu près parallèles au prolongement des axes des dents inférieures homonymes.

Au point de vue physiologique, les mouvements de l'arti-

culation sont encore l'objet de nombreuses discussions et de nombreuses recherches. Les travaux de Bonwill, de Tomes, de Grittmann, d'Amoëdo, de Godon, de Gysi, ont jeté une grande lumière sur cette question si importante. En effet, c'est de la connaissance exacte de ces mouvements que dépend la parfaite adaptation de tous les procédés de restaurations buccales, quels qu'ils soient: travaux de dentisterie opératoire, appareils de prothèse ou bridges.

Malgré les vives attaques auxquelles elles ont donné lieu, les lois de Godon synthétisent de façon très exacte les conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles se produit habituellement le fonctionnement de la mâchoire humaine.

Les deux premières lois sont ainsi énoncées :

1° Les dents, quoique douées d'une certaine mobilité et soumises à des pressions ou forces diverses, sont maintenues en état d'équilibre articulaire parfait dans les arcades dentaires parce que des pressions contraires annulent les premières forces ;

2° Lorsqu'une ou plusieurs de ces forces viennent à manquer, les forces restantes déplacent les dents dans le sens de leur résultante, produisant ainsi une rupture de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires avec des conditions pathologiques diverses.

Ce qui est vrai pour une dent, l'est aussi pour ce groupe de dents que constitue le bridge.

Ainsi, l'on peut dire qu'un bridge ne conservera sa place dans l'arcade dentaire que s'il est équilibré suivant la loi du parallélogramme des forces, c'est-à-dire qu'il faudra que toutes les forces auxquelles il sera soumis s'équilibrent et s'annulent, sans cela il y aura déplacement.

L'engrènement des cuspides dont nous parlions à l'instant peut être, s'il est bien compris, une cause de stabilité du bridge ; mais, au contraire, si les cuspides sont trop longs et trop profonds, ils peuvent occasionner un déplacement latéral ou antérieur.

Nous citions l'an dernier, à Lille, un cas de bridge com-

plet où la stabilité ne put être obtenue que lorsque l'engrènement des cuspides fut réalisé suivant les lois de Bonwill par une surélévation artificielle des cuspides.

Lorsque les axes des racines qui doivent servir de point d'appui ont conservé leur direction normale et que les dents antagonistes ont leurs axes dans le prolongement de celles-ci, l'engrènement des cuspides est suffisant pour s'opposer à tout déplacement latéral, mais souvent ces conditions ne sont pas réalisées et il faut user de procédés spéciaux pour empêcher ces sortes de déplacements. Pour remédier à ces pressions excessives on peut employer des barres rigides en platine ou en or sous forme de fil demi-jonc au 20 ou au 24 de la filière, reliant les points du bridge où le traumatisme articulaire paraît exagéré et où les points d'appui semblent les plus faibles. Ces barres doivent s'appliquer par leur partie plate contre la fibre muqueuse gingivale dont elles épousent les contours, mais sans y déterminer de pression. Les considérations que l'un de nous a énoncées l'année dernière à Lille et qui paraissaient justifier l'emploi des selles à poste fixe s'appliquent à fortiori à ces barres transversales. D'autres considérations mécaniques peuvent encore démontrer leur utilité dans la construction des bridges étendus. Comme nous le disions plus haut, si dans l'état d'occlusion on considère l'axe des dents par rapport au plan de l'articulation, on constate que l'axe des dents de la mâchoire inférieure prolongé se trouve sensiblement dans le prolongement de l'axe des dents de la mâchoire supérieure. Ceci peut se représenter sur une coupe frontale, les lignes architecturales obtenues venant se rejoindre vers le sommet du crâne et former un triangle dont les angles de base seraient formés par ces droites et le plan d'occlusion. Or, on démontre en mécanique que le triangle est un solide indéformable par excellence. En réunissant au moyen de barres dans notre construction de bridge les deux angles dont nous venons de parler, nous réalisons notre triangle et nous nous opposerons aux pressions latérales qui s'exagèrent, comme nous pouvons l'in-

diquer par un schéma, quand les axes des dents sont modifiés. Les barres rigides et transversales trouvent donc leur application, et leur emploi est parfaitement légitimé.

La solidité maxima d'un bridge étant évidemment liée à celle de son point d'appui le plus faible, c'est au niveau de ces points d'appui que doivent porter ces barres. Rien du reste ne s'oppose à ce qu'elles soient doubles ou conjugées; ceci est affaire d'appréciation et peut varier avec les divers cas qui se présentent.

Il résulte de même, comme application pratique de l'étude de l'articulation, qu'au maxillaire supérieur il faut laisser dans la préparation des racines une épaisseur aussi grande que possible à la portion axio-vestibulaire.

Si, au cours de la préparation des racines, pour obtenir le parallélisme nécessaire, il est besoin d'en modifier légèrement l'axe, il faut toujours le faire aux dépens de la face palatine. En d'autres termes, pour insérer dans les racines un pivot qui nous donne la résistance maxima il est indiqué d'augmenter la lumière, mais seulement par le fraisage de sa face palatine.

Pour les mêmes raisons dans les racines bifides des premières prémolaires supérieures, on n'utilisera que la racine palatine, le canal externe ayant été préalablement obturé. L'emploi de la couronne Richmond avec sa bague de renforcement trouve ici sa justification.

Au maxillaire inférieur, des conditions inverses nécessitent une technique identique, mais opposée.

CHAPITRE III

Pour utiliser au maximum, conformément à ce qu'exigent les données mécaniques, et tirer des points d'appui que nous employons toute la valeur possible, il faut que l'adaptation des coiffes et des colliers soit parfaite et l'ajustement tel que le tout ne fasse qu'un. Les pressions qui s'exerceront sur les moignons des racines coiffées ou couronnées doivent être intégralement transmises à l'ensemble de l'organe ; la

résistance aux forces et à leurs composantes étant en dernière analyse localisée au procès alvéolaire et au ligament. On peut donc dire qu'un point d'appui, pour être aussi parfait que possible, doit utiliser un maximum de surface, tout en exigeant un minimum de dégâts, cela, sans nuire à l'esthétique.

Comme conclusion pratique il ressort que ce sont les couronnes métalliques et les dents à collier dites de Richmond qui fournissent les meilleurs attaches. Les points faibles d'un bridge étendu, et c'est un fait qui explique les réparations que nous avons parfois à exécuter, se localisent toujours aux endroits où le corps du bridge se relie à ses points d'attache. C'est donc là que devrait être le maximum de solidité, et c'est précisément là que, par suite des détails de construction, il peut y avoir des points faibles. Ne négligeons donc pas d'employer des soudures de titre élevé, partant plus résistantes, et n'en soyons point trop parcimonieux.

En s'appuyant sur le même raisonnement, il semble logique de condamner l'emploi des inlays, du moins de ceux qui ne viennent pas s'ancrer profondément par un pivot et prendre point d'appui sur toute la longueur de la racine. L'observation journalière montre qu'au bout d'un temps fort court ces inlays se descellent ou que leurs bords insuffisamment adaptés dès lors aux parois de la cavité peuvent être le point de départ de nouvelles caries.

Si l'utilisation de cavités préexistantes paraît permettre leur emploi dans certains cas de bridges peu étendus, ils ne doivent, malgré tout, être considérés que comme un moyen de rétention imparfait, alors même qu'ils sont incrustés dans la dent par un emboîtage en forme de queue d'aronde. Les pressions qui se transmettent seulement à des parois minces, insuffisamment solides, en peuvent déterminer la fracture. La seule combinaison du procédé du double inlay ou d'un étai en platine reposant sur l'émail de la dent se justifie mécaniquement parce qu'elle laisse à l'inlay soudé au bridge ou au taquet une certaine mobilité.

L'aurification n'est également utilisable comme point d'appui qu'associée à un taquet ou une barre mobiles.

Les autres matières obturatrices, ciments, amalgames, porcelaines, n'ont pas à entrer en jeu, leur résistance étant insuffisante.

Pour mener à bien la construction d'un bridge, il faut, comme l'ingénieur, l'architecte, faire le plan de la construction à entreprendre, en établir la maquette, c'est-à-dire le modèle en plâtre. Ce modèle disposé sur un articulateur dit anatomique permet de se rendre compte de la direction des forces masticatrices et des dispositions mécaniques les meilleures à leur opposer. Si les considérations théoriques que nous exposons au chapitre 1er sont utiles, ce qui doit guider avant tout l'opérateur dans leur application, c'est un sens clinique, sûr, profond, clairvoyant et que l'on peut appeler aussi et plus simplement : le bon sens.

EFFETS DE LA RESPIRATION BUCCALE SUR LES CONTOURS DE LA FACE

Par W. Rushton (de Londres).

(Communication à l'Association dentaire britannique, Londres 1911.)

Les irrégularités dentaires ont augmenté dans les dernières années et cette augmentation était accompagnée de changements dans les mâchoires, de sorte que nous devenions un peuple laid, la face ronde, bien proportionnée faisant place à la face longue et mince. Les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales sont devenues beaucoup plus fréquentes et, à mon avis, ces phénomènes sont corrélatifs. Les amygdales volumineuses et les adénoïdes entravant la respiration nasale, la bouche demeure ouverte, ce qui augmente la dimension de l'angle de la mâchoire inférieure ; la mâchoire supérieure se rétrécit (la langue ne pressant pas dessus, comme c'est le cas la bouche fermée), la face est allongée et rétrécie par la traction continuelle exercée par la tension des muscles. La relation des mâchoires avec le crâne est d'ordinaire anormale, la mâchoire supérieure étant trop en avant de l'inférieure ou inversement, ce qui constitue les deux extrêmes, avec toutes les variantes possibles entre ces deux extrêmes, ou bien les deux mâchoires avancent trop ou sont trop en retrait. Nous avons trop longtemps considéré le redressement comme ne s'appliquant qu'aux dents, sans avoir suffisamment égard au contour de la face ; j'ai donc proposé (en janvier 1911) un moyen de déterminer, plus exactement que par la vue, la déviation d'une face de la normale, afin d'asseoir notre méthode sur une base scientifique.

Ayant pris des mesures semblables sur des spécimens anatomiques normaux et sur des sculptures grecques, je trouvai qu'elles concordaient aussi ; les considérant comme types, je m'en servis pour mesurer les anomalies.

Mes conclusions m'ont amené à croire que les lignes principales du visage caucasien sont contenues dans des

limites étroites et que trois mesures principales sont nécessaires : la 1re (angle mandibulaire) s'obtient en mesurant l'angle formé par le corps du maxillaire avec la branche montante dans le même plan ; la 2e (angle de profil) s'obtient en mesurant l'angle formé en joignant deux lignes droites, l'une tirée juste en face de l'anthélix jusqu'à l'arcade sourcilière, l'autre tirée de ce point jusqu'à la partie la plus



Fig. 1 — Type normal.

Fig. 2. — Angle mandibulaire grand, angle de profil petit.

saillante du menton dans le même plan. La conclusion est que l'angle mandibulaire normal est dans le voisinage de 115°, l'angle de profil dans le voisinage de 73° (fig. 1). La 3e mesure est la longueur de la face (de l'arcade sourcilière à la surface inférieure de la symphyse mentonnière) comparée à la largeur mesurée à partir des arcades zygomatiques. La largeur normale obtenue est de 108, la longueur 100, soit 11/10 chez les adultes.

La comparaison du type anormal au type normal montre que, dans la plupart des cas d'anomalie faciale, l'angle mandibulaire est plus obtus que normalement, tandis que l'angle de profil est ou plus petit (si la mandibule est en retrait)

(fig. 2) ou plus grand (si la mandibule fait saillie) (fig. 3); ou bien l'angle de profil peut être normal et cependant les traits peuvent ne pas être en proportion en raison de l'allongement et du rétrécissement de la face. La différence entre un angle mandibulaire de 118° et un autre de 135° représente un allongement de 9 mm. de la face probablement avec un rétrécissement analogue.



Fig. 3 — Angle mandibulaire grand, angle de profil petit.

Si les mâchoires sont correctes, la face est bien proportionnée, les dents articulent bien et les courbes de la bouche seront belles, et pourtant chez combien de sujets n'en est-il pas ainsi !

Les cas que nous traitons le plus fréquemment sont ceux de dents antéro-supérieures s'avançant trop au-dessus des inférieures. Cela est dû ou bien à ce que les dents supérieures avancent trop, ou bien à ce que les dents inférieures sont trop en retrait, ou bien aux deux causes réunies. Cela peut provenir du suçage du pouce ou de la lèvre, mais la cause la plus générale est que le rétrécissement du maxillaire

supérieur repousse les dents en avant en même temps qu'il y a un développement irrégulier du maxillaire inférieur dû principalement à la respiration buccale. On trouve la différence entre les deux causes dans l'angle mandibulaire, normal quand il y a suçage du pouce, obtus dans la respiration buccale. Je n'ai pas trouvé d'exemples d'hérédité de ce fait, si ce n'est que les causes auxquelles sont dues les végétations adénoïdes peuvent être héréditaires. Quelques portraits de la reine Victoria quand elle était jeune, présentent cette singularité, très répandue en Angleterre.

L'anomalie la plus fréquente, à mon avis, du moins chez les adultes, est la protrusion du maxillaire inférieur ; mes observations personnelles m'en ont convaincu. J'estime aussi que cette anomalie est héréditaire dans certains cas, comme dans la maison des Habsbourg et dans la maison des Médicis, où l'on peut le constater pendant plusieurs siècles. On ignore pourquoi dans certains cas la mâchoire inférieure est en protrusion et dans d'autres en retrait. Pour moi, le facteur principal est la traction mécanique causée par la respiration buccale, l'enfant plaçant sa mâchoire dans la position de la moindre résistance et de la plus grande commodité. Aucun enfant ne respirera par la bouche s'il peut y remédier, et le fait que l'angle mandibulaire est agrandi dans les deux catégories d'anomalies est, suivant moi, une preuve manifeste que la bouche ouverte en est la cause. Quant à la protrusion du maxillaire inférieur, le facteur déterminant peut être l'atavisme ; d'ailleurs il est bien plus aisé d'avancer ce maxillaire que de le porter en arrière. Il est possible que l'hypertrophie des amygdales ait une action mécanique pour refouler en avant le maxillaire inférieur et enfin que cet état soit héréditaire. Il ne faut pas croire que cela est dû à un développement exagéré du maxillaire inférieur, parce que mes mesures ont établi que les maxillaires d'angle normal ont une longueur absolue plus grande que ceux d'un angle plus grand. La différence est moins marquée chez les jeunes enfants.

Galippe considère le prognathisme inférieur comme un

stigmate de dégénérescence et n'admet pas que les anomalies de l'arcade palatine soient dues à des végétations adénoïdes.

Talbot croit également que la dégénérescence en est la cause.

Le terme *dégénérescence* me semble bien vague ; tout écart pathologique de la normale peut être considéré ainsi, et si l'anomalie faciale est un signe de dégénérescence, le quart de notre population est dégénéré.

Je crois que l'analogie de quelques anomalies faciales avec celles qu'on rencontre dans les cas d'acromégalie a été mentionnée pour la première fois par MM. Launois et Roy en 1904[1]. Le prof. Keith, du Collège Royal des chirurgiens, a montré que l'étroitesse du palais, la protrusion du maxillaire inférieur et un menton profond caractéristiques de la protrusion inférieure se rencontrent souvent dans l'acromégalie. Ces auteurs ont également attiré l'attention sur l'épaisseur des lèvres, la grosseur de la langue, du nez, des yeux, l'absence de puissance cérébrale, la présence d'adénoïdes et de polypes du nez. Des expériences faites par M. Lucius Nicholls, à l'hôpital Dreadnought, tendent à prouver que l'os acromégalique contient une proportion de matière organique supérieure à la normale et sa conclusion est que cet os est affaibli et tend à se réduire aux points qui supportent un grand effort physique.

M. Whitaker pense que cet état est dû à de l'insuffisance thyroïdienne et a obtenu des résultats avantageux en ayant recours à l'extrait thyroïdien. Bien que partisan de l'ablation chirurgicale des adénoïdes, il ne croit pas que les cas présentant la plus grande irrégularité et les arcades les plus mal développées soient ceux de la plus grande obstruction nasale ; pour lui, 50 o/o des enfants ont des arcades excellentes, quel que soit le degré de leur obstruction nasale. Il accepte les conclusions de Galippe, à savoir que les arcades mal développées et l'obstruction nasale ne sont pas tribu-

---

1. LAUNOIS et PIERRE ROY. *Études biologiques sur les géants*, Paris 1904.

taires l'une de l'autre, mais sont des manifestations accidentelles d'un état pathologique général, c'est-à-dire l'insuffisance thyroïdienne.

Le crétin est un exemple d'insuffisance thyroïdienne au début de la vie et, outre l'absence de développement général, la bouche est toujours ouverte ; l'hypertrophie des lèvres et des parties molles de la face est commune, comme la mollesse des os.

Il est intéressant de remarquer que la théorie mécanique émane principalement de dentistes, tandis que la morphologie et la pathologie sont dues à des médecins.

Il est certain que les dentistes prouvent, en redressant les dents, l'efficacité merveilleuse de la pression continue, de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'ils attribuent les anomalies à la même cause.

Le prof. Keith est convaincu qu'il y a plus qu'une relation mécanique entre le développement de la face et les adénoïdes, sans doute par la membrane pituitaire plus que par le corps thyroïde, mais probablement par les deux.

En résumé, je crois que le facteur principal des anomalies des maxillaires et des dents est une action musculaire légère et continue causée par la bouche ouverte, le résultat de l'hypertrophie des amygdales et des adénoïdes. Cette hypertrophie est sans doute causée par des affections de la membrane pituitaire ou du corps thyroïde ou des deux, et la mollesse des os provenant de ces causes fait que ceux-ci sont plus aisément influencés par l'action musculaire. Cet état est héréditaire dans bien des cas, mais je ne puis dire si cette hérédité est primaire ou due à la respiration buccale.

La maison des Habsbourg avec sa longue descendance, ses mariages entre parents, son histoire et ses portraits offre un vaste champ d'études à cet égard. Galippe dit que par ses mariages consanguins, elle a fixé un stigmate de dégénérescence, qu'elle a transmis aux familles avec lesquelles elle s'est alliée et a créé ainsi un type humain particulier.

Je conteste que ce type de physionomie soit nécessairement un signe de dégénérescence ; on le rencontre journel-

lement, associé souvent à l'hypertrophie des amygdales, aux végétations adénoïdes et à la respiration buccale chez les enfants, chez des individus qui ne sont ni plus ni moins dégénérés que les autres. Les Habsbourg d'Autriche en sont presque exempts maintenant, mais l'archiduchesse Marie-Christine, mère du roi Alphonse XIII, le possède, ainsi que celui-ci et les enfants de ce dernier. Mais il n'est pas prouvé que ces derniers le conservent si l'on prend des mesures pour corriger cette anomalie dès à présent, et il est hors de doute, dans l'état actuel de la science, que le maxillaire habsbourgeois est condamné à disparaître non seulement dans cette famille, mais dans les autres. L'enlèvement des tissus adénoïdes hypertrophiés est un moyen de prévention de cette anomalie faciale, si l'on y recourt de bonne heure, et même après que les déformations se sont produites, et celles-ci peuvent être largement ou totalement corrigées par le dentiste.

Bien entendu un enfant peut avoir des adénoïdes et respirer cependant par le nez ; dans ce cas le palais n'est pas contracté. Mais il n'est pas aisé de reconnaître si un enfant respire par la bouche ou non, si ce n'est que l'enfant normal dort habituellement la bouche fermée et que sa respiration se fait absolument sans bruit.

Outre la question d'esthétique faciale, la question a son côté économique et les sujets qui ont des végétations adénoïdes sont souvent délicats, sourds et idiots, ce qui les refoule dans la catégorie des inutiles.

REVUE DES REVUES

TRAITEMENT DES PERFORATIONS DENTAIRES

Par J. Quintero, D. D. S. et E. Chouvon, D. D. S.

Parmi les sujets préférés de tous les collaborateurs des revues dentaires il faut citer en premier lieu les traitements de la pulpe et des canaux radiculaires. Cela est si vrai que presque tous les numéros des revues dentaires contiennent au moins quelques lignes se rapportant à ce sujet. Tous les auteurs ont signalé l'avantage qu'ils trouvaient pour la commodité opératoire à agrandir artificiellement les canaux. Malheureusement notre instrumentation, si complète qu'elle puisse être, reste néanmoins assez rudimentaire. Il arrive en effet à bon nombre d'opérateurs de se créer des complications très sérieuses par l'emploi irraisonné des forets radiculaires. C'est de ces complications d'ordre mécanique que nous nous proposons de parler.

Nous passerons donc sous silence les perforations causées à l'apex d'une racine par l'évolution d'un abcès et celles de la chambre pulpaire consécutives à une carie profonde pour n'envisager ici que celles produites par l'opérateur lui-même.

Ces perforations, suivant leur siège, se distinguent en perforations cervicales, siégeant au collet ou dans la chambre pulpaire, et en perforations radiculaires aboutissant à la surface convexe d'une courbure brusque d'une racine, ou à l'apex. Dans ces deux cas, quelle que soit la localisation de la perforation, le traitement reste le même.

Qui de nous, dans sa plus ou moins longue carrière n'a pas eu l'occasion de constater ou — disons le mot — de perforer accidentellement une chambre pulpaire ou une racine, soit à l'apex, soit sur ses parois, créant ainsi une communication de l'extérieur à l'intérieur, pouvant avoir, si elle n'est pas traitée convenablement, les plus graves conséquences?

Les racines des dents n'ont pas toujours une direction bien rectiligne ; souvent même dans une racine parfaitement droite le canal est plus ou moins étranglé et chacun de nous sait quelles difficultés il a rencontrées parfois pour y faire pénétrer le plus fin tire-nerf.

L'élargissement des canaux à l'aide de l'acide sulfurique est des plus recommandables. Il exige du temps, de grandes précautions dans la manipulation et des instruments de platine, si l'on ne veut pas s'exposer à ne retirer de la dent qu'une partie de son tire-nerf ou de sa broche, laissant l'autre dans la racine et s'exposant de ce fait à des complications que nous n'avons pas à décrire ici. Mais le plus souvent, cédant à ce besoin pressant d'aller vite qui caractérise notre époque, on prend un foret à canaux bien aiguisé, se promettant de n'agir qu'avec précaution et l'on crée... une perforation. Encore, lorsque l'on s'aperçoit que l'on fait fausse route, il n'y a que demi-mal, on s'empresse de

revenir à une méthode plus sage ; mais on ne s'en aperçoit pas toujours et l'on finit son obturation. Le résultat est une périodontite, et consécutivement la formation d'une petite fistule qui peu à peu amène l'agrandissement de la perforation et la nécrose radiculaire.

Kirk, Graham, Johnson, Black, et d'autres ont préconisé pour l'obturation du faux canal différentes pâtes plus ou moins antiseptiques, la gutta-percha, le ciment, voire même l'or. Toutes ces matières sont, les unes difficiles à manipuler, les autres irritantes ou bien elles se décomposent plus ou moins quand elles ne se laissent pas infiltrer.

Nous avons eu l'occasion dans notre clientèle de constater plusieurs cas de perforation, quelques-uns même assez désespérés. L'extraction de la dent, indiquée par différents dentistes comme le seul moyen curatif, avait chaque fois découragé le patient, qui tenait avant tout à conserver cet organe le plus longtemps possible. En désobturant les dents incriminées, et avec un peu d'attention, il est facile de découvrir la perforation. Lorsque celle-ci siège dans le fond de la chambre pulpaire, elle apparaît sous une forme bien caractéristique. Une petite tumeur rouge, fongueuse, sanguinolente recouvre généralement la totalité ou une partie du plancher, soit que la perforation se soit agrandie, soit encore que les tissus mous sous-jacents aient proliféré et envahi la cavité.

Nous parlerons du traitement ultérieurement. Auparavant qu'il nous soit permis de décrire les raisons qui nous ont poussés à choisir notre matière obturatrice.

On sait que de tous les métaux introduits dans les tissus, soit accidentellement, soit chirurgicalement, ceux qui sont le mieux supportés sont ceux qui, sous l'action chimico-biologique produite par les échanges intercellulaires, ne se corrodent ni ne se décomposent. Il en est d'autres qui possèdent une action antiseptique plus ou moins marquée : tels sont le laiton, le cuivre et le zinc.

Cette action antiseptique est due très vraisemblablement à la formation de sels métalliques. En effet dans des expériences entreprises par l'un de nous il a été démontré que cette hypothèse était justifiée au moins en ce qui concerne le zinc.

Pour déterminer la qualité antiseptique ou neutre des métaux nous avons ensemencé du sérum coagulé dans des boîtes de Petri. Dans ces milieux de culture nous avions placé différents fragments de métaux. L'ensemencement était obtenu au moyen du microcoque pyogène doré en culture pure. Voici quelles furent nos observations après un séjour de 48 heures à l'étuve.

A quelques millimètres autour des fragments de cuivre et de laiton se voyait une décoloration légère du sérum et dans toute la partie décolorée on notait une absence complète de colonies microbiennes. A partir de la limite de la zone décolorée les colonies, d'abord rares et espacées, devenaient de plus en plus nombreuses à mesure que l'on s'éloignait davantage du fragment métallique [1].

1. Seuls les métaux antiseptiques étaient entourés d'une zone décolorée par leurs sels et pour le zinc cette altération était beaucoup plus nette que pour les autres métaux, sans pour cela que son action germicide s'étendît plus loin.

Pour le laiton la zone influencée s'étendait à une distance considérable. Pour le cuivre rouge la distance était notablement moindre, tout en étant très supérieure à la zone protégée par le zinc.

Parmi les métaux sans action nous avons étudié tour à tour l'or, l'étain, le plomb et le maillechort. Pour ce dernier métal nos expériences n'ont pas été concluantes. Pour l'or, l'étain et le plomb, il nous a paru qu'il ne se formait pas de sels autour de ces métaux et que par là peut-être pourrait s'expliquer leur innocuité.

Sachant que l'asepsie valait mieux que l'antisepsie — puisque, comme on le sait, tous les antiseptiques sont plus ou moins irritants — nous avons conclu qu'il serait préférable d'utiliser les métaux neutres de préférence aux métaux antiseptiques, c'est-à-dire toxiques peut-être.

L'or était d'une manipulation trop délicate ; nous avons préféré l'abandonner et notre choix pouvait se porter alors soit sur l'étain, soit sur le plomb. Ici encore notre choix fut vite fait.

La désinfection par la chaleur sèche est seule capable de donner toutes les garanties de sécurité. Nous avons donc préféré le plomb, dont la température de fusion est considérablement supérieure à celle de l'étain. On se rappelle, en effet, que l'étain fond à 228° seulement, alors qu'il faut une température de 326° pour opérer la fusion du plomb.

Cette longue digression montre que le choix que nous avons fait de ce métal est basé sur des données scientifiques exactes, théoriquement du moins. Au point de vue pratique ces données sont encore exactes, puisque la présence d'une petite masse de plomb dans les tissus de l'organisme est très bien supportée sans réaction inflammatoire. C'était le but auquel nous tendions et l'on verra comment nous avons pu nous servir de ces données.

Le traitement se fait en deux temps. Après avoir isolé la dent malade par l'application de la digue, on enlève à l'excavateur la dentine ramollie et les tissus mous débordant la perforation, on cautérise au thermocautère, quand il est possible, on désinfecte soigneusement et on lave à l'eau bouillie chaude. Après dessiccation on refoule par une application temporaire de gutta-percha les tissus mous au delà de la perforation. Cette obturation qui reste en place un jour ou deux termine le premier temps.

La seconde séance est employée au traitement définitif. Pose de la digue, lavages de la cavité ou du faux canal à l'acide phénique à 50 o/o ; les tissus mous étant refoulés au delà de la perforation, on fait alors l'obturation définitive.

On prend une petite rondelle découpée dans une feuille de plomb, on la passe sur la flamme pour l'aseptiser et on la dépose très soigneusement sur la perforation. Lorsque la rondelle a été bien brunie sur les bords de la dent, on peut obturer la chambre pulpaire soit au ciment, soit à l'almalgame, et construire par-dessus l'aurification ou l'obturation que l'on désire faire.

Si la perforation se trouve à l'extrémité d'un faux canal ou encore si elle est apiculaire, il sera plus facile, au lieu d'une rondelle, de faire une petite gaîne fermée à l'extrémité et placée dans le canal. La gaîne pourra être faite à l'aide d'un fouloir à canaux par exemple et intro-

duite par le même moyen. L'obturation définitive ne pourra se faire dans tous les cas qu'après avoir laissé la dent sous observation pendant quelque temps.

Les résultats vraiment heureux et de longue durée que nous avons obtenus en pratiquant cette méthode nous ont suggéré l'idée d'écrire cet article.

Il nous a été donné ces jours-ci de revoir une dent dont la perforation par suite d'un faux canal avait été traitée dix années auparavant et qui rendait tous les services qu'on était en droit d'attendre d'une dent saine.

Lorsque cette opération, que nous souhaitons le plus rare possible, a été faite avec le plus grand soin, il n'y a aucune raison pour que le succès ne couronne pas nos efforts et si nous avons pu sauver par ce moyen des dents dont les traitements répétés et infructueux ont peu à peu découragé patients et opérateurs et amené ces derniers à considérer l'extraction comme le seul moyen de salut, nous n'aurons pas perdu notre temps.

(*La Province Dentaire*, avril 1911.)

L'incision en lambeau.

Par le prof. Williger, de Berlin.

La méthode d'incision en arc préconisée par le maître en chirurgie dentaire Partsch pour détacher et soulever les tissus mous, aux maxillaires, reste toujours actuellement le remède-type dans une foule d'interventions chirurgicales dans la cavité buccale. Partout où il s'agit de dénuder le procès alvéolaire, ou le corps de l'os même dans les maxillaires, cette méthode est employée avec succès.

Elle permet un accès complet du champ opératoire, tout en ménageant muqueuse et périoste, et la cicatrisation des parties molles se fait dans d'excellentes conditions.

La méthode est surtout indiquée :

1° Pour l'extraction particulièrement difficultueuse de couronnes dentaires cassées profondément, ou de racines ;

2° Pour la recherche de débris radiculaires cachés ;

3° Pour l'extraction de dents incluses ou semi-incluses (Dent de sagesse inférieure);

4° Pour la résection du procès alvéolaire;

5° Pour la résection apicale des racines ;

6° Pour l'opération des kystes ;

7° Pour l'ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine.

Pour la partie antérieure du procès alvéolaire, la convexité de l'incision doit regarder la couronne des dents, et l'incision doit dès le début être aussi large qu'il est nécessaire.

Pour dégager par exemple, une dent cassée dans son alvéole ou pour faire une résection apicale, l'incision doit porter de chaque côté jusque sur la dent voisine.

Autant que possible, lorsque l'on opère sur la région des incisives centrales, il faut ménager le frein de la lèvre, ce qui s'obtient en le tirant de côté avant de faire l'incision. Si l'incision doit le sectionner, le mal n'est pas grand, car la cicatrisation, après points de suture, est rapide.

Pour la résection apicale d'une racine, il est indiqué de faire passer l'incision par l'ouverture même de la fistule, cela n'est pas cependant nécessaire. Par contre, il est indispensable de ne pas faire passer l'incision trop près du rebord gingival. Le pont de muqueuse à conserver doit avoir à peu près 1 cent. de hauteur; si l'on ne donne pas assez d'importance à ce lambeau, il risque de se nécroser, et même sans cela, son peu d'épaisseur rendrait les points de suture difficiles, ou impossibles.

Cette incision en arc de cercle, n'est pas toujours facile à réaliser, — pour les dents de sagesse inférieures il faut se contenter d'inciser en arc, en avant — et garder l'horizontale pour le fond. Pour la recherche de dents fracturées profondément, on fera une incision obliquement en avant et obliquement en arrière — de manière à faire au rebord gingival deux angles obtus.

Quand on fait l'incision en lambeau au palais dur, il faut s'arranger à comprendre dans la base de l'incision l'artère palatine — les incisions doivent donc être parallèles au rebord gingival, en ayant soin de ne pas détacher le dit rebord gingival. A la mâchoire inférieure, du côté lingual ce genre d'incision n'est pour ainsi dire pas praticable, tout au plus du côté des molaires ; disons que l'on est rarement en situation de le faire. En tous cas, la base de l'incision devra être orientée du côté du plancher de la bouche.

Pour procéder à ces opérations, de manière à dégager le champ d'opération, il faut avoir soin d'écarter la lèvre et la joue avec un écarteur large et approprié. Si l'on veut seulement détacher la muqueuse et la relever, on se servira d'un bistouri à lame étroite, convexe et tranchante ; cette technique n'a son application que dans l'opération de certains kystes.

En général, il faut comprendre dans le lambeau, muqueuse et périoste, et j'ai imaginé pour faire cette incision un couteau à lame courte à tranchant arrondi — que je recommande tout particulièrement.

Les bistouris à lame mince, sont très éprouvés par la section qu'on leur fait faire sur la surface rugueuse de l'os, cet inconvénient disparaît, en partie du moins, avec les lames plus épaisses.

Le couteau spécial — pour l'incision en lambeau que j'ai imaginé avec tranchant oblique donne encore de meilleurs résultats. Son extrémité très aiguisée sépare avec la plus grande facilité les tissus mous. La partie tranchante de la lame ayant une certaine hauteur, on peut l'aiguiser très souvent avant qu'elle soit inutilisable. La lame en question peut également servir de rugine.

L'incision en arc une fois effectuée, le lambeau de muqueuse et le périoste sont détachés de l'os avec une rugine. Si à la suite de processus inflammatoire, il y a adhérence entre l'os et le périoste, la petite rugine, à bord tranchant de Partsch, ou bien mon couteau spécial

sont très recommandés. Une paire de ciseaux courbes (de Cooper) est très utile quand on veut allonger, agrandir l'incision primitivement trop courte. Le lambeau est donc détaché de l'os, jusqu'à la base de l'incision, soutenu par la rugine, et saisi par un crochet à 4 ou 6 dents. Quand ce crochet est fixé, on éloigne la rugine. Comme crochet spécial à ces opérations, je recommande surtout, le modèle imaginé par moi qui est des plus pratiques : un assistant peut faire la traction, tout le temps nécessaire et sans fatigue. Il faut encore tenir éloignés, soit la joue, soit la lèvre, de manière à avoir une vue nette du champ opératoire — pour cela écarter avec le crochet de « Mitteldorpf ».

Une fois l'opération sur l'os terminée, on rabat, en s'entourant des soins antiseptiques ordinaires, le lambeau à sa place primitive et l'on suture. Pour ces sutures, je recommande tout particulièrement le porte-aiguille de Kader avec ses aiguilles en forme d'hameçon (nº 9). Ce numéro d'aiguille est tout à fait indiqué pour les points de suture à faire dans la muqueuse buccale.

Si l'on a travaillé sur un terrain particulièrement septique ou si l'on a des raisons de douter de la cicatrisation normale de la plaie, on place un peu de gaze iodoformée dans la plaie, avant de rabattre le lambeau et l'on fait une ou deux sutures. Ne pas occasionner dans ce cas une tension des parties molles, c'est-à-dire de la muqueuse, pour éviter des phénomènes retardant la cicatrisation ou s'y opposant.

Quand la cicatrisation se fait dans des conditions aseptiques, elle est assez avancée au bout de trois ou quatre jours, pour que l'on puisse enlever les points de suture. Au palais dur, les points de suture sont presque inutiles, généralement il suffit de rabattre le lambeau à sa place primitive et de le maintenir pendant dix minutes avec un tampon de gaze stérilisée. Le lambeau se colle de lui-même à son plancher primitif, et reste maintenu facilement rien que par la pression de la langue. Il est facile du reste de faire un point de suture avec l'aiguille, que l'on mettra cette fois à rebours dans le porte-aiguille de Kader.

Il va de soi que toute l'instrumentation, y compris la soie pour la suture, seront bouillis (la soie stérilisée de Vömel, No. 3, est tout à fait indiquée, et n'a pas besoin d'être bouillie). Il ne faut pas stériliser les lames, couteaux, etc., par l'eau bouillante. Même enveloppés dans du coton, les bistouris, etc., souffrent d'être traités ainsi ; la finesse du tranchant disparaît. Il vaut mieux placer les couteaux, sur leur support spécial, dans un bain d'alcool à 90°.

(Deutsche Zahnärztliche Zeitung, X. Jahrgang 1911, Nº 3.)

REVUE ANALYTIQUE

Eaux d'alimentation et carie dentaire.

Il est d'observation courante que, toutes choses égales d'ailleurs, les dents des individus habitant les régions calcaires sont moins fréquemment atteintes de carie que celles des individus habitant d'autres régions. Dans cette relation, c'est évidemment, comme l'ont démontré Maurel, P. Ferrier, l'eau d'alimentation, principal véhicule des sels de chaux, qui joue le rôle important. C'est ainsi que Ferrier a pu observer l'influence désastreuse d'une eau d'alimentation bouillie, stérilisée, par suite décalcifiée, sur la résistance des dents à la carie. Celle-ci, en effet, est fonction de leur bonne ou mauvaise calcification. Mais nous n'avions pas encore une statistique précise et suffisamment étendue pour être absolument démonstrative. Ces dernières années, Röse, en Allemagne, s'est livré à des recherches portant sur un nombre considérables d'individus, dans les régions variées dont il a soigneusement contrôlé la teneur en sels de chaux des eaux d'alimentation. Ses investigations ont porté sur 164 localités, villages, bourgades, villes où il a examiné la bouche de 87.617 enfants des écoles, et ses recherches lui ont permis d'établir le très instructif tableau suivant :

Degrés allemands de dureté de l'eau [1]	Localités considérées	Enfants examinés	Moyenne de dents malades	Pourcentage des dents malades	Pourcentage des bouches saines
		A. — Villages et petites villes			
au-dessous de 2,0	15	5.185	9,1	37,0	1,3
2,0 — 4,9	21	5.092	8,3	33,7	3,4
5,0 — 9,9	22	3.875	7,4	29,7	4,3
10,0 — 14,9	21	3.214	6,9	27,4	6,5
15,0 — 19,9	18	3.240	6,6	26,7	6,4
20,0 — 24,9	19	3.513	5,9	23,9	9,8
25,0 — 29,9	17	2.632	4,7	18,9	14,5
30,0 — 37,9	11	2.004	4,2	17,1	17,9
au-dessus de 38,0	14	2.833	3,8	15,4	20,2
		B. — Villes au-dessus de 6.000 habitants.			
2,2	Fribourg	3.460	8,4	35,0	1,3
3,2	Nordhausen	3.868	8,7	34,8	2,1
6,9	Dresde	47.208	7,5	30,1	3,0
17,8	Hanovre	802	7,4	29,5	3,9
19,6	Soudershausen	230	6,3	25,6	4,8
54,8	Frankenhausen	461	4,4	17,8	21,0

Ces chiffres sont très démonstratifs et établissent bien la relation étroite entre la richesse en sels de chaux des eaux d'alimentation et la fréquence de la carie ; dans les cas considérés, sans aucune exception,

1. Un degré de dureté d'eau allemand correspond à un degré 79 de dureté français, la différence tenant à ce que dans un pays on se rapporte à la teneur de l'eau en oxyde de calcium et dans l'autre en carbonate de chaux.

nous voyons progresser parallèlement la qualité des dents et la richesse en chaux de l'eau employée ; qu'il s'agisse de villages ou de villes, la proportion de dents malades est en raison inverse de cette richesse. Nous trouvons là une indication étiologique précise au point de vue de la carie dentaire pour laquelle la question de terrain semble donc bien primordiale.

Nous pouvons en déduire tout de suite des conclusions thérapeutiques : l'administration de sels de chaux à ces décalcifiés dont les dents semblent, par la rapidité d'évolution des lésions de carie, défier toute action locale. Et on a pu effectivement en clinique souvent constater les heureux résultats d'une médication ainsi comprise. P. Ferrier préconise l'emploi du phosphate tribasique de chaux ; nous avons vu sous son influence rester stationnaires des lésions qui, jusque-là, avaient évolué avec une rapidité déconcertante.

Les organes dentaires nous apparaissent donc comme extrêmement sensibles à des variations même minimes d'ingestion de sels de chaux. Normalement riches en chaux, les tissus dentaires subissent, en cas d'absortion insuffisante, des modifications de leur constitution chimique, qui ne leur fournit plus une résistance suffisante contre l'action des microbes pathogènes de la carie, et nous assistons à la destruction rapide de ces organes ; il s'agit d'une désassimilation anormale, ces mêmes organes subissent une décalcification manifeste qui se traduit également par des lésions multiples et à évolution rapide. Cette sensibilité des dents aux processus de décalcification peut, dans la pratique, nous être une indication des plus utiles, nous permettant de dépister des troubles organiques qui peuvent quelquefois ne point se traduire par d'autres signes apparents. L'examen attentif des dents ne doit donc en aucun cas être négligé, puisqu'il est susceptible de nous donner dans des cas aussi sérieux des indications de cette importance.

(A. Herpin, *Journal de Médecine de Paris*, 22 juillet 1911.)

Les affections des yeux dues aux dents malades.

Les croyances populaires attribuent certaines maladies des yeux à des lésions dentaires. A. Tersont, en étudiant cette question, compare les cas de ce genre observés par lui à ceux qui sont classés dans la science et aboutit aux conclusions suivantes. Certainement il existe, quoique moins fréquemment qu'on ne l'a cru, des maladies des yeux produites ou aggravées par des dents malades et parfois par une opération sur les dents. L'auteur cite des cas de spasmes des paupières ; de névralgies, d'abcès divers, de larmoiements rebelles, de glaucomes, d'hémorragies intra-oculaires, d'abcès de l'orbite et même du cerveau qui relèvent de cette cause. Contrairement à l'opinion populaire, ce n'est nullement la canine, la « dent de l'œil », qui cause le plus grand nombre d'accidents oculaires, mais bien les premières molaires supérieures, à cause du voisinage ou sinus maxillaire. Toutes les dents, même celles de la mâchoire inférieure peuvent être d'ailleurs la cause d'une affection oculaire, quelquefois très grave et nécessitant un traitement d'urgence.

(*Académie de Médecine.*)

HYGIÈNE

HYGIÈNE MILITAIRE

Par M. Pégon, D. F. M. P., D. E. D. P.

Sur le point de terminer mon service militaire je ne voudrais pas quitter l'armée sans vous donner quelques renseignements sur le service dentaire que je vais laisser et la statistique des travaux et soins que j'ai pu exécuter à l'hôpital militaire de Bourges.

Incorporé à la 8e Section d'infirmiers militaires, à Dijon, je fus envoyé, aussitôt les classes militaires indispensables terminées (c'est-à-dire fin novembre 1909), à l'hôpital militaire de Bourges où je trouvai un service dentaire quelque peu embryonnaire — installé dans la salle de pansements au milieu d'un va-et-vient continuel de malades. Grâce à la bienveillance du médecin chef de cet établissement, je pus disposer d'un local spécial et organiser le service dentaire de mon mieux en ajoutant toutefois des instruments personnels à l'arsenal insuffisant. Je fus d'ailleurs récompensé de mes efforts par la progression constante des cas que j'eus à traiter.

Voici de quelle façon fonctionne le service dentaire dans la garnison.

Tous les matins, les militaires désirant avoir une consultation ou des soins dentaires se rendent à l'infirmerie de leur régiment, là le médecin major de service délivre à chacun une autorisation leur permettant de se rendre à l'hôpital et d'y recevoir les soins que nécessite leur état (soins absolument gratuits, tous les médicaments et matières obturatrices étant fournis gratuitement par l'hôpital). Après chaque séance, cette autorisation est visée par le dentiste militaire qui y inscrit également la date et l'heure du prochain rendez-vous. Cette méthode donne de bons résultats en permettant de faire perdre le minimum de temps à ces militaires.

Dans la statistique, ci-jointe je n'ai fait figurer ni le nombre exact ni le genre des obturations. Mais la grande majorité se compose de ciments, amalgames et guttas. Toutefois j'ai pu exécuter un certain nombre d'obturations à l'étain pour les faces triturantes (molaires et prémolaires) et un certain nombre d'inlays métalliques en argent ou aluminium.

A noter également pendant mon stage, quatre résections apicales, deux appareils de rétention pour fractures du maxillaire inférieur et un nombre assez élevé d'accidents d'évolution de la dent de sagesse.

Quant aux mortifications pulpaires signalées par plusieurs confrères comme très fréquentes chez les militaires je les ai rencontrées en

nombre relativement restreint; mais, malgré tout, je crois également que beaucoup de ces mortifications doivent être imputées au pain de guerre comprimé que les soldats ont la déplorable habitude de briser avec leurs dents.

Voilà, résumé succinctement, le résultat de mes deux années de service militaire dans mon affectation spéciale; je pense faire œuvre utile en vous faisant part des services qu'on peut attendre des cabinets dentaires militaires suffisamment organisés et j'espère que ces modestes notes pourront intéresser les jeunes confrères sur le point d'être incorporés.

Je vous communique, pour finir, le nombre des différentes opérations pratiquées du 1er janvier 1910 au 15 septembre 1911.

Extractions simples	490
— sous anesthésie générale ou locale.	1197
Traitements et obturations :	
1er et 2e degrés	529
3e degré	604
4e degré	180
4e degré compliqué	28
Nettoyages, gingivite	82
Eruptions vicieuses, abcès, etc	63

CABINET DENTAIRE DU 104e RÉGIMENT D'INFANTERIE

Les soldats du 104e régiment d'infanterie, stationné à Paris caserne de Latour-Maubourg, possèdent un cabinet dentaire très bien installé qu'ils organisèrent eux-mêmes dès 1908, comme organe annexe de leur cercle et de leur coopérative, et dirigé par un chirurgien-dentiste engagé volontaire pour 3 ans. Ce cabinet, qui a donné jusqu'ici des résultats considérables en raison de sa fréquentation facile et presque obligatoire par tous les soldats de la caserne, au nombre de 1.000 environ, va se trouver bientôt sans dentiste en raison de la libération prochaine de son titulaire.

Le président du cercle des caporaux et soldats du régiment s'est adressé au président du Comité national français d'hygiène dentaire pour trouver un jeune chirurgien-dentiste sérieux afin de remplacer le titulaire actuel du cabinet.

L'engagement volontaire de 3 ans est le seul moyen, en dehors des appels réguliers de l'automne, de devancer l'appel du service militaire ; c'est en même temps le seul moyen pour un jeune homme de choisir sa garnison.

Dans l'espèce la garnison étant Paris, ce jeune homme aurait une situation privilégiée au 104e et pourrait mieux que dans tout autre cabinet dentaire militaire se perfectionner dans son art.

Voici d'ailleurs un extrait de la délibération du Conseil d'administration du cercle des caporaux et soldats de la 5e compagnie (5 décembre 1908), relatif au fonctionnement de ce cabinet.

« Les soins dentaires sont en principe gratuits pour les soldats et caporaux, comme les autres soins médicaux. Ces soins sont donnés dans le cas de douleurs ou de maladies. Mais il est des soins dentaires préventifs que seuls les dentistes professionnels sont susceptibles de donner et dont le résultat certain est la conservation des dents.

Malgré l'existence d'un cabinet dentaire de garnison à l'hôpital du Val-de-Grâce, il est impossible que tous les soldats puissent bénéficier des visites et des soins périodiques que réclame l'hygiène dentaire moderne.

» Par esprit de mutualité et dans le désir de faire profiter immédiatement les soldats et caporaux du 2e bataillon, des progrès et des bienfaits de l'art dentaire, le Conseil d'administration du cercle de la 5e compagnie décide, avec approbation du colonel commandant le régiment, l'organisation à la caserne Latour-Maubourg, d'un cabinet dentaire à l'usage gratuit des caporaux et soldats du 2e bataillon et de la S. H. R.

Ce service, pour lequel un dentiste civil, M. Thouvenet, a donné son concours au début, est assuré par un jeune dentiste diplômé engagé volontaire pour 3 ans.

Il s'agit là, comme on le voit, d'une œuvre extrêmement intéressante et dont l'initiative appartient à M. le capitaine Lanquetin, qui a fait de ce service une organisation modèle pouvant servir de type aux services dentaires régimentaires.

Tous ceux qui s'intéressent aux questions d'hygiène dentaire se joindront à nous pour adresser à M. le capitaine Lanquetin les plus chaleureuses félicitations pour le beau résultat obtenu, grâce à sa ténacité et à son zèle pour assurer le bien-être et l'hygiène des hommes placés sous ses ordres.

Les candidats au poste vacant sont priés de s'adresser à M. Roy.

M. R.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

SESSION DE LONDRES, AOUT 1911.

(Suite.)

COMMISSION D'HYGIÈNE

Séance du 2 août.

Présidence de M. JESSEN, président.

La séance est ouverte à 10 h. 1/2 du matin, à l'Université de Londres.

MM. Cunningham, Godon, Potter, prennent place au bureau.

Sont présents : MM. Aguilar, Bebbs, Blatter, Brophy, Campion, Guerini, Harrison, Francis Jean, Paul Jean, Kirk, R. Lemière, Paterson, Piperno, Quarterman, Quintin, Rosenthal, Roy, Schäffer-Stuckert, Van der Hœven, G. et H. Villain, Valenzuela, Wallis, Weiss, Weiser.

Le président propose d'envoyer au roi de Suède, président d'honneur de la Commission, le télégramme suivant : « La Fédération dentaire internationale, réunie dans sa 11e session annuelle à Londres, présente ses humbles hommages et ses respectueux remercîments à Votre Majesté. » — Adopté.

I. — *Discours du président.*

M. Jessen donne lecture du discours que nous avons publié dans notre numéro du 30 juillet 1911.

Il propose l'admission de MM. Hamer et Hook (Rotterdam), ainsi que de MM. Piperno (Rome) et Klingelhöfer (Saint-Pétersbourg).

M. Godon propose l'admission de MM. Blatter, R. Lemière, G. et H. Villain pour la France, déjà nommés l'an dernier.

M. Kirk propose celle de M. Piercy Mac Cullough (Philadelphie).

M. Brophy propose l'admission de M. Ray D. Robinson, de la section dentaire de l'Université de la Californie méridionale.

II. — *Rapport du secrétaire.*

En l'absence de M. Lenhardtson, empêché d'assister à la session, *M. Potter* donne lecture du rapport du secrétaire.

Le président communique un télégramme d'excuses de M. Reitin (Varsovie).

III. — *Rapports des représentants des Comités nationaux d'hygiène.*

M. Cunningham expose l'organisation et le fonctionnement de la Ligue dentaire pour enfants (Children's dental League), qui constitue la branche britannique de la Commission d'hygiène de la F. D. I. La ligue a pour but :

1° De démontrer au peuple la nécessité pour les enfants des écoles d'avoir des dents saines et des bouches en bon état ;

2° D'introduire l'enseignement de l'hygiène dentaire dans les écoles et les collèges ;

3° D'encourager la création en Grande-Bretagne de cliniques dentaires subventionnées par les municipalités pour soigner les dents des enfants des écoles élémentaires.

Il indique également les moyens que la Ligue se propose d'employer pour atteindre son but et fait connaître les tentatives qu'il a faites pour arriver à créer un Comité national d'hygiène dentaire. Il espère que ce Comité sera créé pour la prochaine session.

M. Roy dit que depuis la réunion du Congrès d'hygiène scolaire une grande agitation s'est produite en France pour l'introduction de l'hygiène dentaire dans divers milieux. L'inspection dentaire existait déjà pour les écoles normales primaires, qui forment des instituteurs, car c'est à eux qu'il faut s'adresser d'abord. Le soin des dents s'organise de plus en plus dans les régiments sous la direction des médecins-majors.

Les délégués français de la F. D. I. ont demandé à la F. D. N. française de s'occuper de créer un comité national français d'hygiène dentaire ; mais un désaccord s'étant produit, la majorité, désirant sauvegarder les principes odontologiques dans la fondation de ce Comité, a constitué sur des bases répondant à ces desiderata le *Comité national français d'hygiène dentaire*, au nom duquel il prend la parole. Les fondateurs ont été assez heureux pour avoir l'appui de plusieurs ministres et de hautes personnalités ; ils vont maintenant créer des Comités régionaux.

M. Francis Jean. — Je ne ferai pas la moindre allusion au désaccord momentané qui peut exister parmi nous.

Au nom de l'Association française d'hygiène dentaire, fondée par la Fédération dentaire nationale, je vous apporte un salut confraternel et l'assurance que, chez nous aussi désormais, la question de l'hygiène dentaire est à l'ordre du jour. Nous constatons avec plaisir que des dentistes et des personnes étrangères à notre art s'y intéressent et s'y dévouent. L'organisme est créé ; les rouages sont actifs ; les ressources assurées. Vous verrez que dans ce domaine, comme en tous ceux de la philanthropie, la France saura tenir sa place. Laissez-moi vous dire, avec tout notre très vif désir de colla-

borer avec vous, qu'il vous faut prendre garde à une chose : à laisser assez d'autonomie aux diverses associations d'hygiène pour que le tempérament de chaque pays s'en accommode. L'avis des sociétés qui représentent réellement la profession s'impose. La question des services dentaires militaires ne peut se résoudre à la F. D. I., les conditions étant totalement différentes par exemple entre l'Angleterre et la France : l'une n'ayant que des soldats de carrière, l'autre des hommes dont le service actif et l'instruction militaire demandent deux années, qui leur laissent très peu de temps disponible pour l'hygiène et les soins dentaires.

La question des brochures internationales doit être examinée avec soin par les sociétés dentaires nationales, afin d'éviter des inexactitudes soit de traduction, soit de fond ; et nous faisons toutes réserves sur le rôle commercial qui paraît prendre naissance dans la Commission d'hygiène de la F. D. I. ou qui pourrait s'introduire dans toute autre association d'hygiène dentaire française.

Les rouages d'un organisme tel que celui-ci sont assez délicats pour qu'on ne les fausse pas.

J'ai confiance pour cela d'ailleurs dans les membres du Bureau et du Conseil exécutif, dont la haute honorabilité égale le dévouement, et je souhaite plein succès à la Commission d'hygiène de la F. D. I.

Le président exprime l'espoir que les deux sociétés créées en France et qui ont été admises au même titre par le Conseil exécutif la veille pourront s'entendre et travailleront pour le bien commun.

M. William H. Potter (Boston) donne lecture d'un rapport sur le mouvement d'hygiène dentaire aux Etats-Unis.

M. Kirk fait connaître qu'une clinique dentaire scolaire a été créée à Philadelphie.

M. Brophy annonce qu'à Chicago l'organisation de l'inspection dentaire scolaire marche d'une façon très satisfaisante et qu'elle se fait sans objection de la part des parents.

Il propose d'adresser au Dr Ebersoll (Cleveland), qui est malade, un télégramme exprimant des souhaits de rétablissement. — *Adopté.*

M. Van der Hœven. — Lors de la dernière réunion, à Paris de la F. D. I., j'ai l'honneur de vous faire part de la fondation, due à l'énergie de notre éminent membre, M. le Dr Witthaus, de Rotterdam, du Nederlandske Vereeniging tot bestryding van het Tandbedert, ligue Néerlandaise pour la lutte contre la carie dentaire, comme branche du Comité d'hygiène de la Fédération dentaire internationale : cette ligue fut assise sur une base d'autant plus forte qu'elle réussit à obtenir l'appui de différentes personnes de marque et de quelques-unes des autorités intéressées à son œuvre.

Malheureusement le Dr Witthaus ne peut poursuivre sa tâche active, car une maladie subite le contraignit à renoncer à l'art dentaire

et à quitter Rotterdam pour rétablir ailleurs sa santé ; à la même époque M. Stark, son ami et collaborateur intime, quitta aussi Rotterdam, de telle sorte que le nouvel organisme était virtuellement condamné à une inactivité de plusieurs mois.

Convaincu qu'un heureux résultat ne laisserait pas d'être atteint par ces Sociétés nationales de notre Comité d'hygiène, je me hasardai à poursuivre l'œuvre de MM. Vitthaus et Stark : avec l'aide de notre Collègue, M. Hoek, également de Rotterdam, qui se voua à une propagande ardente en faveur de la bonne cause, la branche Néerlandaise entra bientôt en pleine activité.

Cette situation favorable nous enhardit à recourir à Sa Majesté la Reine Mère de Hollande, toujours disposée à soutenir toute mesure propre à améliorer les conditions d'hygiène dans le peuple, et à solliciter, pour notre société, son très haut et très bienveillant patronage. J'ai, aujourd'hui, l'immense joie d'annoncer à l'assemblée que Sa Majesté a daigné nous honorer de la plus gracieuse réponse. Aussi sommes-nous persuadés, grâce à ce Royal appui, d'atteindre progressivement le but que nous nous sommes tracé : accorder les soins dentaires aux personnes pauvres et à celles qui ne disposent pas des ressources suffisantes par l'établissement de cliniques scolaires et de cliniques attachées à d'autres institutions de secours médicaux pour les pauvres.

Je vous propose d'envoyer le télégramme suivant à Sa Majesté pour la remercier de son haut patronage et, comme c'est justement aujourd'hui la fête de son anniversaire, d'y ajouter nos meilleures félicitations : « La Fédération dentaire internationale, réunie actuellement à Londres, désire exprimer ses plus vifs remercîments à Votre Majesté pour avoir accordé son patronage à la Société d'hygiène dentaire hollandaise et lui offrir ses meilleurs souhaits à l'occasion de l'anniversaire de la naissance de Votre Majesté. » — *Adopté.*

M. Weiser annonce la création d'une clinique dentaire scolaire à Vienne.

M. Kirk dit que son attention a été attirée par le paragraphe 5 des résolutions présentées par la Commission d'hygiène à la session de Paris (p. 18 du compte rendu publié en anglais par le Bureau de la F. D. I.), qui est ainsi conçu : « Les arrangements nécessaires seront conclus avec les éditeurs de livres, brochures et tableaux relatifs à l'hygiène dentaire et avec des fabricants de brosses à dents approuvées en vue de la publication, de la fabrication et de la vente, sous les auspices de la Commission, et certaines offres de pourcentages de bénéfices seront acceptées en raison de ce patronage. »

Son attention a été attirée également par ce fait qu'il était présent quand ce paragraphe fut présenté. Ce dernier lui a échappé alors, mais il ne voit pas dans le compte rendu qu'il ait été approuvé par le

Conseil exécutif. Si le paragraphe a été adopté seulement par la Commission d'hygiène, il n'est pas régulièrement adopté.

La F. D. I. est un corps représentatif; ce qu'elle fait doit être acceptable partout. Tout le monde désire qu'elle agisse en matière d'hygiène et, pour leur part, les Américains s'intéressent vivement à la question d'hygiène. Mais le côté commercial de l'action de la Commission d'hygiène de la F. D. I. est manifeste ; il y voit, quant à lui, une entrave sérieuse au mouvement et un grand nombre de praticiens ont soulevé des objections à cet égard. Le mouvement ne doit pas perdre le caractère professionnel et ne doit pas être commercialisé. Les services dentaires doivent être sous la surveillance des municipalités, ainsi que le mouvement relatif à l'enseignement.

Il serait aux regrets que la F. D. I. adoptât pour l'Amérique une proposition ayant un côté commercial. Il faut être très prudent en adoptant des résolutions. « Il faut que nous ayons de l'argent, disons-nous ; cela est vrai ; mais c'est aussi l'argument des voleurs de grand chemin. » Il ne pense pas que la F. D. I. puisse entreprendre de vendre des brosses à dents. Si une résolution doit être prise, il demande que le paragraphe 5 ne soit pas recommandé au Comité d'hygiène des Etats-Unis, autrement la Commission d'hygiène perdrait toute son influence. Il fait toutes ses excuses au président de la Commission si celui-ci a vu dans son article du *Cosmos* ou dans ses paroles une mauvaise intention contre lui.

Le président regrette l'article auquel M. Kirk fait allusion.

M. Godon estime impossible de résoudre la question en quelques minutes; il propose qu'une Commission de trois membres présente un rapport à cet égard pour 2 heures de l'après-midi.

M. Paterson fait remarquer que l'ordre du jour porte :

« 7° *Archives internationales d'hygiène buccale* ; traité avec l'éditeur, etc.

» 9° Traité avec l'éditeur des tableaux muraux et de la brosse à dents H. C. F. D. I. dans les écoles, l'armée, les hôpitaux, les caisses de secours de tous pays. »

A Paris, en 1910, M. Lenhardtson, secrétaire de la Commission d'hygiène, a présenté à la séance du Conseil exécutif du 26 mars après-midi le résultat des délibérations de la Commission qui s'était réunie le matin et qui proposait la résolution n° 5, combattue par M. Kirk tout à l'heure ; *mais rien n'a été adopté à cet égard par le Conseil* et rien ne peut être adopté à cet égard en France, en Italie, en Amérique, en Angleterre.

Le président répond que la mesure ne sera pas appliquée dans ces quatre pays ; mais elle peut l'être dans les pays où le Comité national d'hygiène dentaire l'acceptera.

M. Schäffer-Stuckert considère qu'il n'est pas possible que les

choses se passent ainsi ; il propose que la Commission d'hygiène revise les nos 7 et 9 de l'ordre du jour et tienne compte de la protestation des quatre pays. L'Allemagne et la Hollande acceptent la résolution n° 5.

M. Van der Hœven propose qu'une Commission revise ces deux art. 7 et 9 et fasse un rapport le jour même au Conseil exécutif.

Il rappelle que M. Kirk a publié dans le *Dental Cosmos* de mars un article ayant pour but de démontrer que la Commission d'hygiène fait fausse route en passant un contrat avec un fabricant de brosses à dents afin de se procurer des ressources pour atteindre son but. M. Kirk appelle cela commercialiser ses opérations.

Il a essayé de convaincre M. Kirk que le procédé de la Commission d'hygiène n'est pas contraire à la morale professionnelle, parce qu'elle agit comme collectivité, *sans aucun profit personnel*, uniquement pour le bien de millions de pauvres gens.

Il réfute l'opinion de M. Kirk en donnant lecture d'un document.

M. Godon dit qu'on doit être très reconnaissant à M. Jessen de son activité pour l'hygiène ; mais la F. D. I. doit demeurer un corps consultatif et c'est au Comité national de chaqne pays de trouver à sa guise les ressources nécessaires. Il propose un ordre du jour rappelant que la Commission d'hygiène de la F. D. I. est et doit rester un corps consultatif, et ne recommande et ne fait aucune opération commerciale.

M. Paterson appuie la proposition.

Le président répond que les pays qui acceptent la résolution n° 5 doivent pouvoir agir comme ils l'entendent.

M. Schäffer-Stuckert fait remarquer que la proposition Godon empêcherait la Commission d'hygiène de se procurer des fonds. Chaque pays a le droit d'agir à sa guise.

M. Paterson approuve l'idée d'une sous-commission qui ferait un rapport l'après-midi.

M. Potter a lu l'article de M. Kirk et regrette ce qu'il a dit, parce que cela peut induire les gens en erreur. Il ne pense pas que la proposition de la Commission d'hygiène soit contraire à la déontologie ; mais il vaut mieux ne pas l'appliquer en Amérique. Il faut laisser à chaque pays le soin de résoudre le problème. On pouvait engager les sociétés dentaires américaines à verser des cotisations régulières au trésorier de la F. D. I. et au Comité central des Etats-Unis.

Le président propose qu'une sous-commission de 7 membres : MM. Cunningham, Godon, Francis Jean, Jessen, Potter, Schäffer-Stuckert, Van der Hœven présente un rapport sur la question l'après-midi au Conseil exécutif. — Adopté.

La séance est levée à midi 3/4.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

PRO ARTE DENTALE

Le 11 *août* 1911 *paraissait en première page et comme article de fond du quotidien* « L'Express de Genève » *l'article suivant* :

Une crise nouvelle

Vous êtes inhabiles, disent les Dentistes. Vous êtes ignorants, répondent les Stomatologistes.

Paris, le 9 août 1911.

L'Ecole de médecine a abrité, la semaine dernière, dans ses amphithéâtres, le IIe Congrès international de stomatologie.

Cette manifestation scientifique aurait parfaitement pu passer inaperçue et se dérouler dans le calme des austères discussions, si elle ne marquait une date mémorable dans l'avancement de la science dentaire et une étape redoutable dans la lutte à outrance que, depuis quelques années, les stomatologistes soutiennent contre les dentistes, tant en France qu'à l'étranger.

Cette lutte peut se résumer ainsi : les dentistes veulent conquérir le titre de « docteurs en chirurgie dentaire ». Les stomatologistes repoussent cette prétention et veulent obtenir, avec la suppression du diplôme de « chirurgien-dentiste », l'obligation du doctorat en médecine pour tout individu exerçant l'art dentaire.

En Hollande déjà, ils ont obtenu satisfaction, et le diplôme de dentiste est supprimé depuis un an environ ; dans les Etats de Sa Gracieuse Majesté Wilhelmine, tout dentiste doit être pourvu du grade de docteur en médecine.

En Italie, cette importante réforme est à la veille d'aboutir ; le nombre des « stomatologistes » s'accroît sans cesse et les « dentistes » ne sont plus guère consultés que pour des travaux de prothèse.

En Autriche, où les docteurs-dentistes sont nombreux, les « dentistes » ont des cabinets de prothèse auxquels sont attachés des « stomatologistes » qui, seuls, donnent des consultations et des soins.

En Belgique, un projet de loi élaboré à l'instigation de la Fédération de stomatologie doit être discuté sous peu par les Chambres, malgré l'opposition des associations dentaires belges.

En Suisse, l'instruction que possèdent les chirurgiens-dentistes est plutôt élémentaire. Quelques-uns ont pu se perfectionner, un peu en passant par l'une des écoles dentaires de Paris. D'autres ont acquis, en Amérique, le titre illusoire de « doctor of dental Surgery ». Ils sont, en général, de bons mécaniciens, savent parfaitement poser un bridge ou une couronne, mais leur science médicale est limitée. En règle générale, ils sont hostiles à toutes les innovations scientifiques, ce qui est un peu, d'ailleurs, le travers du corps médical suisse pris dans son ensemble. Quant aux stomatologistes, on les compte ; ils se signalent par leur rareté et ne causent encore aucune crainte aux dentistes, leurs rivaux.

En France, malgré le nombre déjà considérable des médecins spécialisés dans la stomatologie, la solution du problème stomatologique est encore loin d'aboutir.

La loi du 11 janvier 1909, en effet, inspirée par les odontologistes et votée par le Parlement en parfaite ignorance de cause, a rendu, pour un temps, un certain lustre au diplôme de dentiste : mais, en réalité, elle aura pour résultat de diminuer de plus en plus le nombre des dentistes et de favoriser l'accès de la profession dentaire aux médecins.

Or, ce n'est pas là ce qu'espéraient les promoteurs de cette loi qui la considéraient comme un acheminement vers le doctorat dentaire ; et c'est en portant à cinq années le temps d'études des futurs dentistes qu'ils se sont imaginé détourner de la « stomatologie » de nombreux candidats. Mais ils sont tombés dans l'erreur grave d'exiger des élèves la production du diplôme de bachelier : or, en instituant, outre cette obligation, cinq années d'études, dont deux ans de stage, ils éloignent l'étudiant des écoles dentaires et le jettent dans les bras des stomatologistes.

Car il est naturel qu'un bachelier préfèrera commencer l'étude de la médecine et suivre, en même temps que les services hospitaliers, les cours de l'école de stomatologie plutôt que de consacrer le même temps d'études pour apprendre, imparfaitement d'ailleurs, les mêmes matières à l'Ecole dentaire. D'autre part, lorsqu'il terminera ses études avec le grade de docteur en médecine, il possèdera, avec un titre autrement important que celui de chirurgien-dentiste, une instruction professionnelle dentaire au moins égale, sinon supérieure, à celle de l'étudiant qui sortira de l'Ecole dentaire.

Les dentistes reprochent trop facilement aux stomatologistes leur inhabileté professionnelle : par contre, les stomatologistes reprochent aux dentistes, avec beaucoup plus de raison, leur ignorance scientifique, et prouvent aisément que les immenses progrès scientifiques réalisés en art dentaire depuis quelques années sont l'œuvre exclusive des stomatologistes.

Mais les dentistes ne désarment guère ; au Congrès national dentaire, qui a tenu ses assises à Rouen la semaine dernière, de nombreux dentistes ont préconisé la lutte à outrance pour l'obtention d'un vote du Parlement instituant le doctorat en chirurgie dentaire.

Si elle était réalisée, cette prétention aurait pour résultat de jeter un discrédit des plus fâcheux sur une profession déjà décriée par les agissements de certains « Instituts », en parant d'un titre scientifique nombre d'individus parfaitement ignorants de toute science et n'ayant d'autre qualité qu'une habileté manuelle acquise dans les ateliers de mécanique dentaire.

Les stomatologistes s'élèvent avec indignation contre ce projet d'un doctorat dentaire, et c'est pour cette raison que le IIe Congrès de stomatologie a une importance très significative, car il marque, en effet, une coalition de tous les médecins spécialisés en stomatologie contre l'intrusion, dans la médecine, d'éléments étrangers.

Présidé par le Dr Jules Ferrier, dentiste de l'Hôtel-Dieu, le IIe Congrès international de stomatologie a réuni plus de deux cents stomatologiste français et étrangers.

GEORGES VERDÈNE.

Cet article est tendancieux et inopportun. En effet il défend, sous un faux air d'impartialité, le seul point de vue des stomatologistes. Puis, il me semble peu désirable de vider ces petites querelles de famille devant le grand public ; cela sent trop le batteur de grosse caisse hurlant son boniment : « Nous sommes les meilleurs, les uniques, les seuls purs, tout le reste est pacotille ».

Mais si nous avons laissé passer « Une crise nouvelle » sans y répondre, cela ne signifie pas que M. Georges Verdène ait raison. Il m'a

l'air d'être mal renseigné et je doute même qu'il connaisse notre art. Me trompai-je, Monsieur Verdène? Si oui, tous mes regrets, si non, votre reportage n'est pas consciencieux.

Plusieurs inexactitudes sont à noter : En Italie par exemple, le grade de docteur en médecine est exigé, ce qui ne signifie pas que ce pays soit à la tête de l'art dentaire. Les écoles manquent et les docteurs en médecine viennent étudier à Genève et à Paris, dans les instituts d'odontologie où l'instruction que possèdent les chirurgiens-dentistes n'est pas élémentaire, n'en déplaise à M. Verdène.

En Autriche, dit M. Verdène, les dentistes ont des cabinets de prothèse auxquels sont attachés des stomatologistes, ce qui signifie en bon français que les stomatologistes jouent souvent le rôle peu glorieux de prête-noms.

En Suisse, toujours d'après M. Verdène, les chirurgiens-dentistes sont de bons mécaniciens hostiles à toutes les innovations scientifiques. Cela est faux. Les mêmes études préliminaires sont exigées pour les médecins et pour les chirurgiens-dentistes : maturité, premier propédeutique scientifique, deuxième propédeutique à l'École de médecine. A ce moment seulement les études se scindent, car il serait ridicule de surcharger les programmes dentaires en y adjoignant l'obstétrique, la gynécologie, la psychiatrie, etc... En quatre ans d'études (nouveau programme) l'étudiant puise amplement dans la science et dans la pratique et devient un opérateur ayant conscience de son art. Les médecins vivent en excellente confraternité avec les chirurgiens-dentistes, ils viennent parfois dans leurs assemblées, ils reconnaissent les qualités des odontologistes et ce n'est pas M. Georges Verdène qui changera ces excellents rapports. D'ailleurs, la Revue odontologique suisse *est dirigée par deux stomatologistes distingués, MM. les Drs S. Guillermin et Ph. Montigel ; et tous se plaisent à louer le zèle avec lequel ils travaillent, l'esprit de concorde qu'ils mettent à unir les odontologistes et les stomatologistes pour le bien de l'art dentaire en Suisse.*

M. Verdène juge sévèrement le décret du 11 *janvier* 1909, *réorganisant les études dentaires en France. Il estime que ce fut une erreur grave, de la part des odontologistes, d'exiger le diplôme de bachelier, qu'ainsi l'étudiant se jettera dans les bras des stomatologistes. Est-ce là tout le danger? Si oui, n'ayons cure de cette jalousie mal déguisée, perfectionnant l'école dentaire comme le livre dentaire, allons en avant, cherchons à faire mieux par la science et par la technique, gardons l'héritage de Fauchard, de Paul Dubois, de Claude Martin.*

Où M. Verdène ne manque pas d'audace, c'est quand il affirme que « les immenses progrès scientifiques réalisés en art dentaire depuis quelques années sont l'œuvre exclusive des stomatologistes ». Parlons-en! Évidemment l'œuvre des stomatologistes existe. Nul ne songe à nier le merveilleux traité de Magitot, de Delabarre, de Hunter, de Tomes, de

Malassez. Au point de vue scientifique, c'est parfait. Mais qui a créé la technique opératoire, très scientifique d'ailleurs, elle aussi ??... Serait-ce par hasard Pierre Fauchard, ce grand odontologiste ? Et l'École américaine ? Harris qui fonde la première école et le premier journal, Westcott qui découvre l'adhésivité de l'or pur, Jackson, Evans, Taft, Morrisson ? Et Horace Wells, le créateur de l'anesthésie ! Et Angle ? Et les autres, les humbles, les modestes tels que Gysi, créateur de l'articulateur anatomique ? Est-ce que par hasard ils auraient fait quelque chose, tous ces odontologistes ! Alors, si oui, ne dites plus, M. Georges Verdène, au nom de Magitot, ne dites plus que seuls les stomatologistes travaillent scientifiquement, que seuls ils progressent, que seuls ils détiennent la manne dentaire.

Quant à la création du doctorat en science dentaire, pourquoi pas ! Au dernier congrès des odontologistes suisses — et il y avait de nombreux stomatologistes — on discuta la possibilité d'obtenir le doctorat ; les vétérinaires ont le leur, les chimistes, les ingénieurs, les commerçants aussi, tous enfin. Deux rapports furent présentés, une discussion suivit, il y eut quelques observations de détails, mais tous, odontologistes et stomatologistes, furent d'accord pour soutenir le principe du doctorat dentaire. Qu'y a-t-il là d'exorbitant ? Est-ce qu'après quatre à cinq années d'études, un étudiant en art dentaire n'a pas le droit aux mêmes titres que les autres étudiants ? L'argument que d'aucuns opposent, tel M. Verdène, est celui-ci : Cette prétention au doctorat jetterait un discrédit sur une profession déjà décriée par les agissements de certains « Instituts ». Je pense que M. Verdène veut parler du Louvre ou de l'Opéra dentaire ou d'autres officines que repoussent les odontologistes aussi. J'avoue que si c'est là le seul obstacle, il est très minime. Nul ne songe à parer de titres scientifiques des « individus parfaitement ignorants de toute science *». Et M. G. Verdène et d'autres ne qualifient pas ainsi les odontologistes ? Ou bien ! — Non, je crois que la cause vraie, la seule, c'est qu'on ne veut pas créer un titre pouvant faire concurrence à celui des stomatologistes. Qu'on le dise ! allons ! de la franchise, messieurs, mais pas de ces arguments sans queue ni tête !*

Les stomatologistes s'élèvent avec indignation contre le projet d'un doctorat dentaire. Ils s'opposent à l'intrusion, dans la médecine, *d'éléments étrangers. Mais les odontologistes ne demandent pas le titre de docteurs en médecine. Ils réclament, comme pour les autres sciences, — l'architecture, la chimie ou les mines, — ils demandent leur doctorat. N'est-ce pas clair ? N'est-ce pas juste ? Qui vous parle, M. Verdène, d'une intrusion dans la médecine ? Certes la médecine est une partie de l'art dentaire, comme la chimie, la physique, la mécanique et d'autres sciences. Quand les odontologistes auront obtenu le* doctorat en science dentaire, *nul d'entre eux n'ira se vanter d'être docteur en médecine ; il serait condamné d'ailleurs pour usurpation de titre.*

Disons-le bien haut : Si certains *stomatologistes combattent si ardemment les odontologistes, c'est le point de vue commercial qui prime et pas tant la science avec un grand S. Et ils font là une œuvre stérile. Combien plus noble serait leur attitude si — comme en Suisse par exemple — ils s'unissaient aux odontologistes pour agrandir toujours davantage ce bel art dentaire que nous ont légué nos pères ; s'ils oubliaient le lit d'hôpital pour songer plus au fauteuil de cabinet, s'ils se rappelaient qu'ils sont eux aussi des dentistes comme les odontologistes. Trêve de querelles, messieurs les stomatologistes, et tous, en avant, pour l'art dentaire.* René Jaccard.

Genève, 10 septembre 1911.

UNION 1879 — PROGRÈS 1911

CIRCULAIRE

AUX MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Paris, le 10 octobre 1911.

Mon cher confrère,

Nous avons le plaisir de porter à votre connaissance un décret du Président de la République française en date du 24 juillet 1911 pris sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, sur avis conforme du Conseil d'Etat, et qui nous a été notifié pendant la période des vacances.

Aux termes de ce décret, les membres de la Société résidant dans les départements, dans les colonies françaises et dans les pays de protectorat jouiront, comme *membres titulaires*, des mêmes droits que les sociétaires de Paris et du département de la Seine.

Nous nous félicitons de ce résultat, puisque, après plusieurs années d'efforts pour rétablir l'union intime entre la Société de l'Ecole et l'Association et une unité de direction dans notre Groupement par la refonte de nos statuts et règlements, ainsi que par la réorganisation de nos services administratifs poursuivie depuis cinq ans, nos membres provinciaux et nos membres parisiens auront dorénavant, comme nous l'avons demandé[1], des droits égaux, ce qui rapproche nos deux sociétés — Ecole et Association — de l'ancienne unité établie par la constitution qui les a régies de 1883 à 1892.

Cette modification de nos statuts, sollicitée par nous et pendante

---

1. Assemblée générale du 26 octobre 1907.

depuis longtemps devant le Conseil d'Etat, réjouira, nous en sommes sûrs, tous nos membres, particulièrement nos membres de province et des colonies, plus directement intéressés à cette réforme.

Si nous envisageons, en effet, la situation générale de l'Ecole et de l'Association, et si nous considérons leur évolution depuis trente ans, nous pouvons dire que nous avons lieu d'être satisfaits. En effet, avec l'Ecole, le Dispensaire et la Société d'Odontologie, pour le côté scientifique et philanthropique, la Commission syndicale, la Caisse de Prévoyance, pour le côté mutualiste, le journal *L'Odontologie* pour la diffusion de leurs idées et la vulgarisation des procédés de technique, nos Sociétés constituent le groupement professionnel le plus important et le plus complet, et, par suite de l'entente intervenue avec les deux groupes de l'Ecole odontotechnique et de l'Ecole dentaire de Lyon, elles représentent, avec leurs nombreuses sections départementales, le principal élément de la Fédération dentaire nationale française.

Au point de vue intérieur, l'ordre règne dans nos services administratifs avec des règlements bien précis et un contrôle sérieusement organisé.

Au point de vue financier, malgré les grandes dépenses nécessitées par le stage et l'abaissement temporaire des recettes qui lui est dû par suite de la diminution prévue du nombre des élèves pendant deux ou trois ans encore, nos budgets de 1910-1911 et de 1911-1912 restent, pour l'Ecole, comme pour le Groupement tout entier, en équilibre, et nos réserves sont très suffisantes.

Au point de vue de l'enseignement, nos programmes ont été refondus conformément au programme officiel d'examen que notre président, M. Godon, avait été chargé de dresser par le Ministre de l'Instruction publique en 1904, et la première année d'application de ces programmes a donné les meilleurs résultats. Les travaux de nos élèves stagiaires, présentés cette année à la session de la F. D. I. à Londres, puis au 6e Congrès dentaire espagnol, à Madrid, ont été très appréciés, comme ils l'avaient été lors de l'inauguration des locaux du stage le 30 avril 1911 ; ils ont montré la supériorité de l'enseignement dans les écoles et justifié les espérances fondées.

Au point de vue des relations officielles, nos rapports avec l'Administration supérieure et la Faculté de médecine sont excellents.

Le doyen est venu nous rendre visite lors de cette inauguration.

Nos liens se resserrent de jour en jour avec l'Assistance publique, et, en raison de la nature des malades qu'elle nous envoie et des services dont elle nous charge dans ses établissements, le caractère de notre Dispensaire comme annexe de l'Assistance publique se précise et s'accentue de plus en plus.

Au point de vue extérieur, on peut dire aussi que la situation de

l'Ecole et de l'Association est bonne moralement et matériellement et que, avec l'appui de leur Comité de patronage et particulièrement de leurs deux présidents d'honneur, MM. G. Mesureur et P. Strauss, elles participent officiellement à une évolution rationnelle dont elles ont lieu d'être fières et qui se développe conformément à des principes qui sont leur raison d'être [1], et malgré les efforts contraires de leurs adversaires, les stomatologistes, malgré les divisions plus fâcheuses encore des odontologistes.

Et, si après un rapide coup d'œil sur le passé, sur les progrès accomplis depuis 31 ans et dus, pour la plus grande partie, à l'action de nos deux sociétés, on considère l'avenir de notre petite république, on peut l'envisager avec confiance.

Evidemment, avec son organisation impersonnelle, philanthropique, si libérale, si démocratique, qui donne à l'ouvrier de la onzième heure les mêmes droits qu'à celui de la première, notre groupement attire à lui toutes les natures généreuses et intelligentes de la profession capables de comprendre tout l'intérêt que donne à la vie un peu de sacrifice volontaire, de dévouement librement consenti en faveur d'un idéal professionnel intimement lié à l'intérêt général.

C'est à cette conception d'un ordre élevé que notre Société doit sa persévérante activité et tous les progrès qu'elle a fait réaliser à la profession, bien mieux que ne peuvent le faire les organisations syndicales poursuivant des revendications corporatives d'intérêts purement matériels par des procédés comminatoires qui ne donnent de résultats — encore sont-ils bien problématiques — que dans les professions dont les membres se chiffrent par des centaines de mille, comme les postiers et les cheminots.

Les publications des syndicats médicaux sont remplies de doléances de leurs membres sur l'inefficacité de leurs efforts, et pourtant la profession médicale compte plus de 20.000 membres !

Il semble démontré, par l'histoire des trente dernières années, que ce sont surtout des sociétés ayant pour but principal de collaborer à l'enseignement supérieur et à l'assistance publique, comme la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, unie à l'Association, qui peuvent, lors même que la profession libérale à laquelle elles appartiennent compte à peine, comme la nôtre, 5 à 6.000 membres, intéresser plus facilement la masse et les pouvoirs publics à leurs revendications, en gagnant leur estime et leur reconnaissance par les services rendus et, par suite, augmenter ainsi la considération générale de la profession.

Notre Société a aussi de temps en temps, comme les grandes républiques, ses crises, dues à l'exagération des antagonismes d'idées ou de personnes et aussi à l'insuffisance de l'esprit de tolérance de quel-

---

1. Voir *Déclarations de principes*, brochure rouge, 1911, p. 3.

ques-uns de ses membres, à leur méconnaissance de son histoire et de son but élevé.

Mais grâce à notre organisation démocratique et au bon esprit du plus grand nombre de nos membres, qui aiment et défendent l'Ecole dentaire, dont ils apprécient les services; grâce aussi à leur volonté d'écarter résolument de nos débats toutes les questions personnelles, qui dégénèrent en attaques injurieuses, déconsidèrent leurs auteurs, nuisent à la considération de la profession, et sont sans intérêt pour la collectivité, comme l'ont prouvé encore une fois de récents événements, il est toujours possible de résoudre favorablement toutes ces crises et d'imposer à tous le respect des statuts, des règlements et des décisions de la majorité.

En résumé, mon cher confrère, le nouveau décret va nous permettre d'étendre l'action de notre Société par l'appoint des collaborations plus efficaces de nos sociétaires de province, des colonies et des pays de protectorat, qui seront heureux, nous en sommes sûrs, de contribuer, avec leurs collègues parisiens, à développer davantage l'œuvre du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, qui, par son triple caractère philanthropique, scientifique et professionnel a, le mieux, dans le passé comme elle le fait dans le présent, aidé au relèvement moral de la profession.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

LE PRÉSIDENT ET LES MEMBRES DU BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Le président, Blatter.
Les vice-présidents, Monnin (Le Mans), G. Fouques.
Le secrétaire général, H. Villain.
Le secrétaire adjoint, Cernéa.
Le trésorier, Miégeville.

LE PRÉSIDENT ET LES MEMBRES DU BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

Le président directeur, Ch. Godon.
Les vice-présidents, L. Lemerle, J. d'Argent.
Le directeur adjoint, Blatter.
Le secrétaire général, G. Villain.
Le trésorier, L. Bioux.
Le secrétaire des séances, Dreyfus.
L'économe, Miégeville.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur et des Cultes;

Vu la demande de l'Association dite « Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris » en date du 6 décembre 1907, ensemble les délibérations de l'Assemblée générale du 26 octobre 1907 et du 4 avril 1911;

Le décret du 19 février 1892, qui a reconnu cette association comme établissement d'utilité publique, et les statuts y annexés ;

La loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

ARTICLE Ier.

Est modifié ainsi qu'il suit l'article 2 des statuts susvisés :

« II. — La Société se compose de membres titulaires, de membres correspondants et de membres honoraires (fondateurs ou bienfaiteurs).

» Sont membres titulaires :

» Les dentistes, docteurs en médecine ou officiers de santé, mécaniciens, constructeurs d'appareils, ouvriers travaillant spécialement pour la profession de dentiste, résidant en France, en Algérie, dans les colonies françaises et dans les pays de protectorat, qui remplissent les conditions indiquées dans le paragraphe suivant.

» Pour être membre titulaire, il faut :

» 1° Avoir vingt et un ans au moins, être présenté par deux membres de la Société et agréé par le Conseil d'administration ;

» 2° Payer une cotisation annuelle de dix francs. »

» La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

» Sont membres correspondants :

» Les dentistes, docteurs en médecine ou officiers de santé, mécaniciens, constructeurs d'appareils, ouvriers travaillant spécialement pour la profession de dentiste, résidant à l'étranger qui remplissent les conditions indiquées dans le paragraphe ci-dessus.

» Le titre de membre honoraire peut être décerné par le Conseil d'administration :

» 1° Aux personnes, même étrangères à la profession, qui souscrivent une somme minimum de cent francs une fois donnée ;

» 2° Aux personnes qui ont rendu des services à la Société ou à la profession.

» Le titre de membre fondateur a été conféré aux premiers souscripteurs de la Société.

» Le Conseil d'administration peut conférer le titre de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme minimum de cent francs.

» Les élèves de l'Ecole dentaire peuvent assister aux séances, recevoir les publications, sans avoir le droit de délibération et de vote et sans être éligibles à aucune des fonctions. »

ARTICLE II.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 24 juillet 1911.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,
J. CAILLAUX.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris le 3 décembre prochain.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. J. Abrand, d'Enghien-les-Bains, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marguerite Loyez.

*
* *

Nous apprenons également le mariage de Mlle Elisabeth Bayer, fille de notre confrère M. Pierre Bayer, de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Robert Gentil.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

6e Congrès dentaire espagnol.

Le 6e congrès dentaire espagnol a eu lieu à Madrid du 23 au 27 octobre 1911 sous la présidence d'honneur du roi Alphonse XIII et la présidence effective de notre collaborateur M. Florestan Aguilar, de Madrid.

Ce congrès comprenait des communications orales, des cliniques et une exposition dans laquelle figuraient les travaux exécutés par les élèves du stage de l'Ecole dentaire de Paris.

Il s'est tenu dans le palais des Beaux-Arts du Retiro.

Société allemande d'orthodontie.

La Société allemande d'orthodontie a tenu sa réunion annuelle à Hambourg le 12 octobre. M. Raoul Heïdé y représentait *L'Odontologie*.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de « L'Argus dentaire », journal mensuel d'intérêts professionnels, publié à Paris par MM. Rhein et Cie, fournisseurs pour dentistes.

Les fondateurs nous avisent que cet organe restera absolument neutre et ne s'occupera aucunement de polémique.

Cliniques dentaires scolaires.

Suisse.

Des cliniques dentaires scolaires existent déjà à Lucerne, à Zurich et à Genève. Il vient de s'en créer une à Frauenfeld.

Allemagne.

On annonce la création de cliniques dentaires scolaires à Cassel, Barmen, Osnabrück, Stuttgart.

Les dents humaines de Jersey.

M. A. Keith signale dans la revue anglaise *Nature* (25 mai) la découverte de neuf dents humaines, faite à Jersey dans une grotte de la baie de Sainte-Brelade, et au milieu de fossiles qui semblent permettre de les dater de l'époque paléolithique. Elles présentent toutes la particularité d'offrir de très fortes racines pour une couronne relativement petite, de telle sorte qu'elles diffèrent absolument des dents des singes anthropoïdes, dont notre dentition actuelle, du moins par certains côtés, est au contraire plus prochaine. Pour M. Keith, cette apparente anomalie s'expliquerait par les divers changements survenus au cours de l'histoire dans ce qu'il appelle la « méthode de mastication ». Ajoutons que M. Marrett, de l'Université d'Oxford, prépare un travail complet sur ces trouvailles de Jersey.

(*La Nature*, 22 juillet 1911.)

Fédération dentaire nationale.

Les Bureaux de l'A. G. S. D. F. et de l'E. D. P., qui se sont réunis le mardi 24 courant, ont décidé de s'en tenir à leurs ordres du jour précédents considérant comme nuls, non avenus et sans valeur tous les actes du Bureau actuel de la F. D. N. irrégulièrement nommé.

13e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

RACINES EN PORCELAINE

par WM. HIRSCHFELD, Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Si nous devions obéir à la nature chaque fois qu'elle nous indique par des symptômes purulents qu'une dent morte n'est plus qu'un obstacle pour le parfait fonctionnement de l'organisme, il est évident qu'une bonne partie des dents humaines devrait être sacrifiée. Heureusement les progrès de notre art, précisément en ce qui regarde la conservation des dents mortes, sont arrivées à un tel degré de perfectionnement qu'avec leur aide nous sommes armés suffisamment pour ramener à l'état neutre des organes en apparence déjà éliminés.

Cependant nous rencontrons de temps en temps des dents mortes avec cette particularité qu'elles sont dans une de leurs parties des organes relativement sains, tandis que l'autre partie présente des marques si prononcées de nécrose que l'extraction immédiate paraît s'imposer comme seul remède. Ceci est le cas des molaires dont une seule racine se trouve dénudée en majeure partie et dont les tissus environnants sont le siège d'une suppuration plus ou moins forte. Nous voyons cette catégorie de dents surtout parmi les molaires du haut, dont la racine palatale est malade, moins fréquemment parmi celles du bas, et c'est soit la racine mésiale, soit la racine distale qui est attaquée.

L'examen avec la sonde nous montre ces racines pour ainsi dire sans leur assise naturelle ; l'alvéole est plus ou moins résorbée de telle sorte que l'instrument peut faire aisément le tour de la périphérie sans rencontrer d'arrêt sur son chemin.

Une guérison absolue de ces affections est impossible ; nous avons beau tenter le traitement externe d'après les principes de Younger : curettage de toute la surface, ablation (dans la mesure du possible) de l'apex, injections gingivales antiseptiques, la suppuration, durant ce traitement, ira en diminuant, s'arrêtera même, mais pour augmenter de plus belle, la dent une fois laissée au repos. Le traitement par le canal, avec des injections antiseptiques à haute dose, sortant par l'apex élargi, ne sera pas plus efficace, et cela, pour une raison bien simple :

Les racines palatales des molaires supérieures se terminant presque invariablement par un bout recourbé empêchent l'enlèvement complet de la pulpe. L'obturation du canal par-dessus ce fragment laisse donc subsister un corps étranger qui tôt ou tard provoquera les troubles qui accompagnent son expulsion par l'organisme. Admettons même que nous ayons réussi à atteindre avec nos instruments radiculaires l'orifice de l'apex : il est évident que nous ne pourrons guère parvenir à arrêter une suppuration provoquée par la seule présence de ce fragment nécrotique de la racine déjà résorbée en partie. Nous rencontrons parfois la même difficulté avec les racines mésiales des molaires du bas dont les deux canaux en général s'effilent tellement vers l'apex que nous n'arrivons pas toujours à en retirer les derniers débris de la pulpe.

Une seule possibilité reste pour sauver ces dents : la résection pure et simple de la racine suivie d'un curettage de l'alvéole. Par la disparition de la cause nous obtenons en effet un retour à l'état normal des parties atteintes ; la dent elle-même, malgré l'amputation d'un de ses membres, est encore assez bien ancrée et soutenue par les deux racines buccales pour pouvoir servir à la mastication. Cependant au bout de peu d'années un affaissement se produira, résultat fatal du

manque d'équilibre, qui amènera la perte définitive de l'organe. Il faut donc considérer l'amputation de la racine malade comme remède provisoire seulement, et non pas comme une opération permettant de pronostiquer un succès durable. Dans ces conditions nous devons une profonde gratitude à un des praticiens les plus connus d'Amérique, M. Rhein, de New-York, qui a réussi à assurer la conservation indéfinie de ce genre de dents en remplaçant l'organe malade par un autre en porcelaine. Cette opération a été décrite par son inventeur dans le *Dental Cosmos* de 1902, mais malgré la présentation à plusieurs congrès de cas traités par Rhein depuis avec un succès indiscutable, malgré ce laps de temps déjà grand, cette opération si simple n'est entrée dans la pratique courante d'aucun pays. A quoi cela tient-il ? Evidemment à l'apparence difficile et compliquée de la méthode, qui fait reculer les opérateurs même les plus hardis. Moi aussi — je n'hésite pas à vous en faire l'aveu — j'ai toujours redouté de me lancer dans l'inconnu de cette opération. Mais quand, il y a 6 mois, le cas s'est présenté dans la bouche d'une proche parente, chez laquelle la perte d'une molaire supérieure eût arrêté la mastication de tout un côté, j'ai eu recours à l'opération de Rhein, après avoir essayé, sans le moindre succès, pendant toute une année, de faire disparaître avec les méthodes ordinaires une suppuration dangereuse. Et laissez-moi vous dire tout de suite que le succès de mon travail a été si éclatant que — rien que par reconnaissance pour l'auteur de ce système — je voudrais attirer sur ce sujet l'attention de mes confrères parisiens. Tous ceux d'entre vous qui s'occupent spécialement de travaux en porcelaine trouveront là une occasion d'élargir leur champ d'opération et cela avec une méthode aussi simple dans sa technique que certaine dans ses résultats. Tout en suivant les indications de Rhein publiées par lui, laissez-moi vous expliquer aussi clairement que possible, comment il faut procéder.

L'opération se divise en deux parties distinctes, devant se faire le même jour :

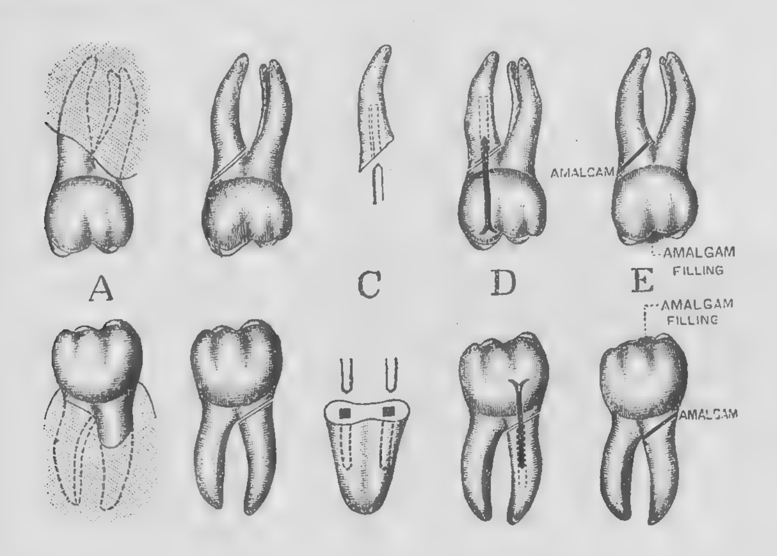
1° La résection de la racine et sa reproduction en porcelaine le matin ;

2° La mise en place de cette racine postiche l'après-midi (en général de 4 à 6 heures plus tard).

Mais avant de songer à la résection, il est indispensable de s'assurer de la parfaite condition des autres racines. Dans ce but il faut ouvrir largement la couronne par le haut pour donner un accès direct et visible aux orifices de tous les canaux radiculaires. Avec les précautions d'usage on doit procéder à la désinfection des canaux, suivie d'une obturation à la gutta. Ensuite on ferme soigneusement la cavité avec une obturation provisoire et alors nous pouvons entreprendre la résection. Les instruments qui se prêtent le mieux à cela sont des fraises à fissures, toutes neuves ; la coupe doit être non pas horizontale, mais bien un peu verticale et tout près de la base de la couronne (Fig. 1). Il ne faut pas craindre d'employer des fraises un peu fortes, produisant entre la racine et la dent un intervalle visible ; nous aurons encore l'occasion de parler de son utilité.

La racine une fois sortie, on devra faire un curettage radical de l'alvéole nécrotique. Rhein va même plus loin : il est d'avis de sacrifier résolument toute la partie restante de l'enveloppe osseuse. En effet, l'expérience lui a prouvé que ces parties coupantes de l'alvéole, malgré un curettage sérieux, seront aptes à causer une récidive de la suppuration, accompagnée de pertes de fragments d'os. Dans mon cas, pareille mésaventure est arrivée, ayant conservé une partie de l'alvéole, c'est à deux reprises, dans l'espace des deux premiers mois, que des esquilles osseuses se sont détachées pour sortir, sans d'ailleurs causer ni suppuration ni gêne aucune, le long de la racine artificielle ; il vaut donc mieux ne rien laisser subsister de l'alvéole. Le curettage, voire l'ablation de l'alvéole, doit être suivi d'abondants lavages antiseptiques, après quoi le patient peut être congédié sans le moindre tampon dans les gencives, et cela pour la raison que voici : nous ne possédons en fait de soutien naturel de la porcelaine que des tissus mous dont nous

escomptons l'assistance sous forme d'une contraction très forte autour de la racine. Cette contraction commencera son œuvre immédiatement après la disparition de la racine et tout bourrage (d'ailleurs inefficace) diminuera nos chances de succès. Bornons-nous à recommander au patient de maintenir un état aseptique de sa bouche en se gargarisant avec un bon antiseptique.



La racine en main, il faut tout d'abord en reconstituer les parties résorbées avec une couche de paraffine tout autour avant d'en faire le modèle négatif. Nous obtiendrons celui-ci de la façon suivante : la racine huilée est placée à plat, dans du plâtre de façon à ce que la moitié seulement soit immergée (Fig. A). Ce plâtre devra présenter une base bien nivelée tout autour ; en vue du contre-moule à faire, il est nécessaire d'enfoncer dans le premier plâtre deux bouts de bois arrondis qui serviront à maintenir la seconde partie (Fig. A) dans une position absolument immobile. Il faut toutefois éviter d'insérer ces chevilles dans l'axe du canal, ce qui gênerait la position du futur pivot à faire. Les deux moitiés, une fois la racine retirée, devront donc la représenter en creux, telle qu'elle est au naturel. Il s'agit maintenant de la reproduire en porcelaine, ce qui offrira

peu de difficulté à des opérateurs habitués aux travaux céramiques.

Mais auparavant il faut étudier le problème de la fixation de la future racine dans la dent, le seul point qui paraîtra compliqué au débutant. Notre première idée sera peut-être de la fixer comme un inlay, c'est-à-dire en faisant une large entaille sur le côté de la dent formant pour ainsi dire une suite de la racine même, ce qui serait aisément faisable en ajoutant assez de cire pour bien s'adapter et remplir la cavité. Cette racine serait facile à reproduire en porcelaine et à remettre en place comme un inlay ordinaire. M. Rhein s'élève très énergiquement contre ce procédé. Il dit : « Dans ce genre d'opération on doit écarter — si l'on veut ne pas bâtir sur du sable — toute possibilité d'insuccès, et cela en serait une si l'on voulait considérer cette racine comme un inlay avec tous ses aléas — c'est-à-dire la voir courir le danger de se déloger par la dissolution du ciment. »

Il est essentiel de ne donner aucune prise à l'incertain et de ne présenter aux forces de la nature que des forces impossibles à contrecarrer.

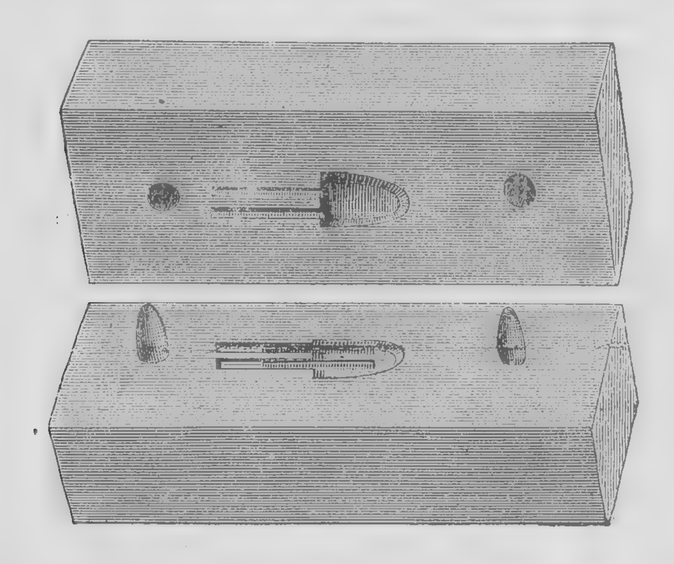
Il faut donc faire tenir la racine à l'aide d'un bon pivot en platine, fixé avec de l'amalgame. « Là aussi, nous serons tentés de faire une opération douteuse en pratiquant dans la direction du pivot une large ouverture sur le côté de la dent, ouverture dans laquelle le pivot se placerait facilement et serait ancré avec de l'amalgame. Comme résultat nous aurions une adhésion imparfaite de la racine contre la dent et ensuite l'hypothèse d'un rétrécissement de l'obturation suivi de la perte de la racine.

Le problème de la rétention trouvera une solution tout autre : au lieu du pivot fixe il est nécessaire d'en employer un qui entrera dans la racine par le haut de la couronne et y sera maintenu dans une gaîne encastrée dans la masse de la porcelaine (Fig. 2). Il est donc indispensable, avant de commencer quoi que ce soit, d'avoir tout prêts des pivots en platine iridié, de forme carrée, s'adaptant exactement

dans des fourreaux faits en platine mince et soudés avec de l'or fin.

Revenons maintenant à la confection du corps en porcelaine.

Rhein nous recommande l'emploi de la pâte à haute fusion nécessitant, bien entendu, la feuille de platine comme base. Personnellement je ne vois pas pourquoi la porcelaine de Jenkins dont nous nous servons journellement pour des



obturations ne serait pas aussi bien indiquée ici. Nous procéderons donc pour la confection de la racime comme si nous voulions faire deux inlays séparés. Il faut brunir sur chaque moule un morceau de feuille d'or n° 40 dépassant largement les bords du creux. Dans une des deux moitiés, il convient de pratiquer sur le côté s'adaptant à la couronne une petite entaille en vue d'enchâsser à cet endroit notre gaîne en platine. Après la première cuisson, nous pouvons remettre la matrice sur le modèle pour la rebrunir. En même temps nous plaçons sur une nouvelle couche de pâte la gaîne de platine, de façon à émerger un peu de la racine du côté de la dent. Pour éviter que des fragments de pâte ne se logent à l'intérieur il est préférable de laisser le pivot pendant que nous mettons la pâte. Il est bien entendu que pour

les racines mésiales des molaires du bas l'emploi de deux pivots (Fig. 2), un pour chaque canal, sera indispensable. Quand notre première moitié sera largement remplie nous en ferons autant pour la deuxième partie.

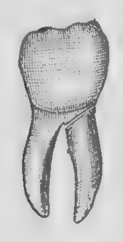
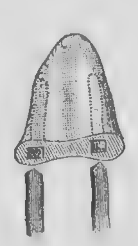
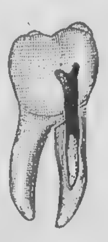
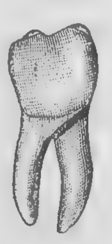
Il s'agit maintenant de réunir ces deux corps pour devenir un seul et unique morceau. Dans ce but il faut tout d'abord égaliser avec une meule fine la surface libre de chaque porcelaine. Ensuite, vous dépouillez de son or celle qui ne porte pas le pivot et vous la placez sur l'autre après avoir enduit celle-ci d'une mince couche de pâte. Pour bien maintenir le tout pendant cette dernière cuisson vous l'envelopperez avec l'or que vous avez en surplus autour de la moitié inférieure, vous laisserez les deux fondre ensemble et la racine sortira du four, fidèlement reproduite en porcelaine. Après refroidissement enlevez le manteau d'or et donnez un dernier coup de meule pour faire partir toutes bavures. Malgré cette précaution, l'aspect extérieur de la porcelaine ne sera pas absolument lisse ; ceci n'est pas un mal ; au contraire, les gencives adhéreront plus nettement autour de cette surface inégale. Je suis même à me demander si nous ne devrions pas faciliter l'adhérence des tissus en pratiquant de légères entailles dans le sens de la longueur de la racine ; mais ceci n'est qu'une hypothèse hasardeuse, demandant à être confirmée par l'expérience.

Tout ce travail pourra se faire aisément pendant la matinée jusqu'au retour du patient l'après-midi et nous serons prêts pour la mise en place, dont la description se résume en peu de mots.

On fait un lavage de la poche avec un antiseptique tiède.

Après s'être assuré de la bonne position de la racine, il faut préparer une quantité suffisante d'amalgame excessivement mou ; remplissons le fourreau de platine d'un peu de ciment très liquide, séchons bien toutes les parties en jeu et introduisons la racine bien appuyée contre le fond de la poche, de manière à laisser libre le petit interstice près de la couronne (Fig. 3). Cet intervalle est indispensable pour établir une couche assez épaisse d'amalgame pour produire

un joint solide avec la dent. Enfonçons le pivot dans la gaîne en passant par le haut, et bourrons fortement l'intérieur de la cavité avec l'amalgame. Plus nous bourrons ferme plus nous obtenons une fermeture hermétique entre racine et couronne par l'amalgame qui devra déborder tout autour de la périphérie. Pour terminer, il convient de brunir l'excédent d'obturation contre la porcelaine en procédant à peu près comme le plombier qui veut finir une soudure d'un

tuyau du plomb (Fig. 4). Cette racine, on peut en être certain, sera maintenue solidement par la contraction des tissus environnants d'une part, par l'amalgame d'autre part, et si le curettage, voire la résection de l'alvéole, est fait au préalable, il ne pourra jamais occasionner d'irritation d'aucun genre.

Mon expérience ne s'étend quant à présent que sur ce seul et unique cas ; mais si je vous rappelle que par cette méthode, je suis arrivé à faire cesser instantanément une suppuration vieille d'un an, que ma patiente peut se servir de sa dent sans gêne aucune, alors laissez-moi espérer que vous trouverez tous bon de faire entrer cette opération dans votre pratique courante pour rendre de signalés services à votre clientèle.

LE PAIN ET LA PRODUCTION EXPÉRIMENTALE DE LA CARIE DENTAIRE

Par A. HOPEWELL-SMITH.

(Communication à l'Association dentaire britannique, Londres 1911.)

On a souvent prétendu dans la presse dentaire — et récemment dans les journaux non professionnels — que la consommation du pain produit la carie. J'ai recherché si la carie dentaire peut être produite dans le laboratoire par l'usage du pain blanc, du pain type, du pain tout farine, si les micro-organismes qui la produisent se comportent différemment en présence de ces pains et si l'on peut décider, au point de vue dentaire, lequel des trois est bon ou mauvais. Quoique mes expériences ne soient pas terminées, certaines constatations peuvent être faites.

Pain.

Le pain est l'aliment universel, du moins dans les Iles Britanniques. Tout le monde en mange, même les jeunes enfants, dans la bouche desquels cependant la carie dentaire se produit souvent sans qu'ils en consomment. S'il est vrai, comme on le prétend, que les débris de pain se logent et fermentent entre les dents et causent la carie, comment une seule dent peut-elle y échapper? Comment chaque Anglais n'éprouve-t-il pas les ravages de la carie? Ceux qui n'ont pas de carie et ceux qui en ont, ceux qui ne se servent pas de la brosse à dents et qui ignorent tous les principes de l'hygiène buccale, tous en mangent. Il est consommé par des bouches où les dents sont nombreuses et serrées, comme dans celles qui sont édentées. Si le pain cause la carie, pourquoi celle-ci cesse-t-elle après l'adolescence et l'âge viril?

Composition du pain.

Le pain contient 40 o/o d'eau; 49,2 o/o de carbohydrates; 8 o/o de matières albumineuses (azotées); 1,5 o/o de

matières grasses (non azotées) ; 1,3 o/o de sel (d'après Parkes).

Si le pain produit la carie, il doit contenir un élément constitutif nocif pour les dents ; l'eau, la graisse, les sels et les matières azotées peuvent être écartées comme ne subissant pas l'action de la salive. Les carbohydrates seuls restent. Le levain employé pour faire le pain contient le *blastomyces* de la bière, qui transforme, pendant son métabolisme, une partie de l'amidon en sucre, qui, à son tour, se décompose en alcool et en acide carbonique. Tout le sucre n'est pas décomposé, car le pain contient invariablement plus de sucre que la farine dont il est fait. Ne pas oublier l'introduction des agents de falsification : pommes de terre, alun, farines d'orge, de seigle, d'avoine, de riz, de maïs, de haricots, de lentilles et de vesce, et d'eau de chaux qui tend à contrebalancer l'acidité et est probablement bienfaisante dans l'ensemble. Hamil a montré aussi que les substances étrangères qu'on trouve dans la farine blanchie qui sert pour le pain blanc comprend de l'eau oxygénée, du chlore, du bromure, du nitrate de soude, du sulfate de chaux, de l'arsenic, de l'acide chlorhydrique, etc., etc.

Suivant Troilyki il n'y a pas de bactéries dans le pain. Toutefois le bacille virgule n'est pas détruit par la température du four. Le pain coupé forme un excellent nid pour le développement des organismes pathogènes.

Il semblerait donc que les éléments carbohydratés et le sucre sont la cause du mal, et l'on pourrait s'attendre à un grand dommage si l'on mangeait du pain sec trois fois par jour. Toutefois beaucoup de comestibles et d'aliments variés doivent présenter une différence considérable s'ils sont consommés avec le pain et annihiler ou réduire l'action des carbohydrates.

Salive.

La salive est alcaline normalement en raison des sels qu'elle contient (chlorure de sodium, carbonate de soude, phosphate et carbonate de chaux, phosphate de magnésie, chlorure de potassium, sulfo-cyanure de potassium).

Elle transforme l'amidon en sucre au moyen de son ferment amylolytique inorganique, la ptyaline. La digestion buccale de l'amidon ne se produit pas quand la salive est acide. L'amidon, quand la salive est alcaline, ce qui est le cas normal, se transforme en maltose, achroödextrine et érythrodextrine.

Si l'on traite de la salive humaine par de l'hydroxyde de soude et de la phénol-phthaléïne, on trouve souvent une variation : elle peut être alcaline le matin et acide l'après-midi, parfois l'un et l'autre de chaque côté de la bouche en même temps. Nous n'en connaissons pas la cause.

On a souvent prétendu que le pain blanc produit plus d'acidité dans la bouche que le pain tout farine. Léonard Hill et Martin Flack le contestent.

Expériences originales.

Je me suis livré aux expériences suivantes :

I. Pain blanc. — Le 9 juin j'ai placé dans un bocal bouché deux prémolaires non cariées, juxtaposées dans du plâtre de Paris. J'ai étendu la digue au-dessus et recouvert le tout de vernis Shellac. Ces dents, immédiatement après l'extraction, avaient été lavées dans l'eau et placées aussitôt dans de l'alcool à 30 o/o, de sorte que l'émail ne pouvait sécher et donner naissance à une multitude de craquelures microscopiques. La cuticule de Nasmyth avait été enlevée. On avait ajouté ensuite une quantité de salive suffisante provenant d'une personne immunisée pour couvrir la région cervicale. La salive, à l'essai, était alcaline et ne sentait pas la pourriture, n'avait pas été filtrée ; elle était mélangée, car elle avait été recueillie entre 10 heures du matin et 1 heure, et ne contenait pas de composés adventices connus. Un petit morceau de pain blanc, coupé intentionnellement sans précautions bactériologiques, fut placé entre les dents et sur l'une des couronnes. Le bocal et son contenu furent mis alors dans l'incubateur biologique à 37° C. Quatorze heures plus tard la salive alcaline était devenue acide. Pour la rendre alcaline de nouveau on ajouta deux

petites cuillerées de carbonate de chaux et quatre de carbonate de soude.

Le 19 juillet — quarante jours après — la salive était encore légèrement alcaline et *il n'y avait aucune preuve microscopique de dissolution de l'émail* sur les dents.

II. Pain blanc. — Le même essai fut entrepris avec de la salive provenant d'une bouche à caries et à salive acide. Quarante jours après la salive était devenue alcaline et *l'émail à l'extrémité des fissures des deux couronnes était amolli,* de telle manière qu'on put y introduire la pointe d'une aiguille fine. Pas d'amollissement apparent de l'émail sur les faces interstitielles et pas de décoloration.

III. Le 5 juillet un gros morceau de dent cariée fut placée dans du bouillon de bœuf peptonisé et laissé en incubation. Le 8, à midi, deux yeux de ce bouillon de carie furent mélangés avec de l'agar à 48° degré C et étalés dans des plats de Petri. Auparavant il avait été ajouté au contenu de ces plats :

1° Du pain blanc ;

2° Du pain type ;

3° Du pain brun (tout farine).

Vingt-quatre heures plus tard pas de différence apparente entre les positions des colonies et les pains ; mais 52 heures après l'incubation il y avait davantage de colonies dans la zone immédiate des pains blanc et brun et le moins *dans celle du pain type.*

IV. Même expérience, mais en employant de l'agar au tournesol dans les plats. Quatorze heures d'incubation présentèrent un mince anneau rose autour de chaque pain, ce qui dénotait le développement d'une certaine acidité dans le pain (due probablement aux changements dans le sucre) et l'approche des colonies auprès des pains blanc et brun, mais *avec tendance marquée à éviter le pain type.*

Il ne s'est pas écoulé assez de temps pour tirer des conclusions des expériences faites pendant les deux derniers mois. Toutefois il semble :

1° Que si la salive reste alcaline, l'amollissement de l'émail des dents ne peut se produire ;

2° Que si les bactéries produisant la carie sont dans la bouche, cet amollissement peut se produire dans un acide devenu alcalin pendant l'incubation ;

3° Que le *pain type soit bactériophobe à un degré plus ou moins élevé* et que les pains blanc et brun soient bactériophiles.

Si l'amollissement de l'émail a eu lieu incontestablement dans l'expérience II, on ne peut encore affirmer que la carie dentaire ait débuté dans ces points. Le temps seul peut le prouver, quand les choses seront plus avancées et permettront un examen microscopique de l'émail et de la dentine.

REVUE ANALYTIQUE

De l'anesthésie générale avec circulation réduite ou exclusion des quatre membres dans l'anesthésie générale. — Stomatite mercurielle traitée par l'arsénobenzol. — Le tantale et ses usages en dentisterie.

De l'anesthésie générale avec circulation réduite ou exclusion des quatre membres dans l'anesthésie générale.

M. Delagénière étudie dans tous les détails les avantages particuliers qu'il a remarqués pour l'anesthésie générale pratiquée en excluant, par l'intermédiaire de bandes caoutchoutées, la circulation veineuse et artérielle des quatre membres.

L'idée première d'exclure le sang des quatre membres pendant la narcose, pour en diminuer les dangers, est due à Klapp.

Cette exclusion est réalisée au moyen de bandes élastiques appliquées à la racine des membres de façon à arrêter à la fois la circulation artérielle et la circulation veineuse. En agissant ainsi, non seulement le sang contenu dans les membres, mais aussi tous les tissus des membres se trouvent exclus.

Ce sang exclu ne se charge pas d'anesthésique pendant la narcose, de sorte que lorsqu'il est remis en circulation en levant les bandes, il aide à opérer automatiquement un détitrage rapide du bulbe et de la masse sanguine imprégnée par le toxique. Ce détitrage est le résultat de la dilution du sang imprégné d'anesthésique, par le sang exclu qui n'en contient pas et aussi par l'absorption d'une portion de l'anesthésique contenu dans le sang non exclu par les muscles et les autres tissus qui ont été exclus.

L'anesthésie générale avec circulation réduite a été pratiquée dans le service de l'auteur 1144 fois avec le chloroforme et 35 fois avec l'éther. Voici les résultats, avantages et inconvénients qui ont été observés.

L'anesthésie est plus rapide. La moyenne de temps nécessaire pour obtenir le sommeil est de cinq minutes seulement.

Le sommeil est meilleur, et comme le malade présente de la polypnée la respiration est plus facile à surveiller.

Il faut moins de chloroforme pour obtenir le sommeil et surtout pour l'entretenir, de sorte qu'on réalise une économie d'environ 50 o/o.

Le réveil est plus rapide. En établissant des moyennes, on arrive à ce résultat que le réveil est obtenu au bout de dix minutes, au lieu de trente minutes, dans l'anesthésie ordinaire. Souvent même le réveil est instantané dès qu'on enlève les bandes.

Les troubles organiques post-opératoires sont diminués. C'est peut-être là le plus grand avantage de la méthode. En effet, l'action altérante de l'anesthésique est diminuée puisque le toxique est pris en moindre quantité et qu'il est éliminé beaucoup plus vite. Tous les viscères doivent donc *a priori* bénéficier de la méthode. On constate en effet, que les vomissements sont moins fréquents et moins abondants ;

20 pour cent au lieu de 30. L'ictère et le sub-ictère post-opératoires sont beaucoup moins fréquents et moins graves.

L'albuminurie post-chloroformique n'existe pour ainsi dire plus quand on a recours à la narcose avec exclusion, de sorte que cette méthode supprime en quelque sorte les dangers d'urémie post-opératoire.

L'emploi de la méthode permet de combattre efficacement la syncope respiratoire, en enlevant une ou plusieurs bandes au moment de l'accident. Le sang exclu se remet en circulation et, comme il est au o de concentration chloroformique, il opère une dilution favorable au détitrage du bulbe. De plus, comme il s'est chargé d'acide carbonique pendant qu'il était exclu, il agira sur le centre respiratoire en l'excitant.

Les inconvénients sont de peu d'importance, ce sont pendant quelques heures des fourmillements dans les membres exclus ou bien des petites ecchymoses de la peau, parfois un léger engourdissement ou même une légère parésie. Peut-être la méthode expose-t-elle plus que la méthode ordinaire aux accidents de phlébite des membres inférieurs.

Sur les 1179 cas, il a été observé 4 cas de phlébite post opératoire des membres inférieurs. Or, trois fois il s'agissait d'affections gynécologiques, de sorte qu'on pourrait incriminer la pression des porte-jambes ou du rebord du plan incliné sur les veines dans lesquelles la circulation se trouve plus que ralentie par l'application des bandes.

Comme contre-indications, l'auteur n'admet que certains cas de myocardites et de lésions vasculaires ou encore certaines affections générales.

En revanche, il considère comme des indications absolues toutes les maladies de reins et du foie, et, avant tout, l'alcoolisme.

(*Le Médecin Praticien.*)

Stomatite mercurielle traitée par l'arsénobenzol.

Les travaux modernes relatifs à la pathogénie des stomatites mercurielles tendent de plus en plus à faire jouer à l'infection microbienne un rôle primordial dans le déterminisme des accidents. Le *spirille de Vincent* particulièrement, associé au *bacille fusiforme* qui se trouve, comme on sait, en grande abondance à la surface des ulcérations des stomatites mercurielles tout comme des stomatites primitives, paraît bien avoir une action pathogène. Il était donc logique de chercher si l'arsénobenzol, qui jouit d'une efficacité remarquable dans toute une série de maladies spirillaires, n'aurait pas une action favorable sur la stomatite mercurielle, d'autant plus que ce médicament a donné de bons résultats dans l'*angine de Vincent* et dans certaines ulcérations buccales. Dans ce cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'une stomatite *tardive* consécutive à des injections d'huile grise. Au moment où fut institué le traitemenf arsenical des nécroses importantes des maxillaires et du voile du palais paraissaient inévitables. Or l'évolution des accidents fut immédiatement arrêtée par l'injection intraveineuse et les spirilles de Vincent disparurent des lésions buccales avec une extraordinaire rapidité. Les accidents récidivèrent, il est vrai, vers le septième

jour, sans doute par suite de l'élimination rapide du médicament dont l'action se montrait ainsi tout à fait passagère. Mais son efficacité n'en avait pas moins été certaine, elle est démontrée d'une façon quasi expérimentale par la deuxième injection qui eut des résultats comparables à ceux de la première, mais plus durables, puisqu'une troisième injection ne fut pas nécessaire pour obtenir la guérison complète.

Cette observation venant à l'appui des idées pathogéniques nouvelles sur la stomatite mercurielle permet de prévoir que dans l'avenir on n'aura plus guère à redouter les accidents buccaux de l'hydrargyrisme.

L'arsénobenzol apparaît ainsi non seulement comme un succédané, mais plutôt comme un adjuvant possible du mercure. On a pris l'habitude d'opposer le traitement mercuriel au traitement arsenical dans la syphilis, sans chercher ce que donnerait l'association synergique des deux médicaments. L. Brocq a cependant indiqué déjà l'intérêt de recherches dirigées dans ce sens. Elles s'imposent maintenant de plus en plus, puisqu'il semble démontré que l'arsénobenzol est capable de neutraliser une partie des effets nocifs du mercure.

(R. Le Blaye, *Le Progrès Médical.*)

Le tantale et ses usages en dentisterie.

Le tantale fut d'abord découvert par un chimiste suédois, nommé Ekeberg, en 1802.

Berzelius et Rose obtinrent de nouveau ce métal chimiquement sous la forme d'une poudre noire, en 1824, et plus tard en 1902, Moissan l'obtint dans le four électrique. M. Von Bolton fut le premier toutefois à obtenir le métal tel que nous le voyons aujourd'hui. Il fit ses expériences avec la poudre métallique noire préparée par la méthode de Berzelius et de Rose et découvrit qu'elle pouvait être laminée en une masse suffisamment cohérente et sous forme de rubans.

Des expériences répétées eurent pour résultat la production de tantale pur sous forme de bouton métallique que l'on trouva être résistant et malléable comme l'acier.

Moissan décrit le tantale comme un métal dur, cassant, du poids spécifique de 12-8, non conducteur de l'électricité, mais il ajoute que la substance qu'il a obtenue contient environ 1/2 o/o de carbone. Considérant le poids atomique élevé du tantale ce mélange de carbone exerce évidemment une grande influence sur ses qualités physiques et explique la différence entre les observations du docteur Von Bolton et celles de ses prédécesseurs.

On trouve les minerais contenant du tantale dans de nombreux endroits, principalement en Scandinavie, dans l'Amérique du Nord, dans le Sud-Ouest africain et dans l'Australie Occidentale.

Depuis que la production du tantale a été mise sur une échelle commerciale il a été possible de perfectionner certains détails de sa préparation. A la température ordinaire le tantale pur résiste à l'action de tous les acides *excepté l'acide fluorhydrique*, de tous les alcalis et de l'humidité, si bien que c'est un matériel idéal pour les appareils chimiques qui ne nécessitent pas une haute température et pour tous les instruments qui faits en acier sont susceptibles de se rouiller.

On a déjà dit que le tantale pur est élastique et malléable de sorte qu'il peut être martelé en feuilles minces ou en fils comme les filaments métalliques qu'on emploie pour les lampes électriques. Mais tout en possédant toutes ces qualités d'un vrai métal, le tantale en a quelques autres qui limitent un peu son utilité. Quand il est chauffé au rouge terne il absorbe rapidement les gaz, spécialement l'oxygène et l'azote et en se combinant avec eux il perd sa force de résistance et devient cassant. En chauffant le tantale à l'air il présente d'abord une teinte jaune et bleue comme l'acier, mais si le chauffage continue il brûle avec formation d'un pentoxyde.

De ce qui précède, on peut conclure que le tantale peut être employé pour faire un instrument qui sera :

1° Très élastique sans aucune tendance à se courber ;

2° Chimiquement et mécaniquement stable, de façon qu'il puisse être facilement stérilisé et qu'il ne soit pas atteint par la rouille ;

3° Capable d'acquérir un beau poli.

Avec l'introduction des ciments au silicate, il devenait nécessaire de découvrir une substance convenable pour leurs manipulations dans la cavité, l'emploi d'instruments en acier étant écarté en raison de la facilité avec laquelle ils teintent les obturations ; le platine et l'or agissent de la même manière quoique moins activement. On a employé l'ivoire et l'os, mais ils sont difficiles à nettoyer rapidement et perdent leur surface unie et deviennent poreux et cassants. Il était aussi extrêmement difficile d'obtenir des instruments assez minces pour employer dans les obturations interstitielles ; cette dernière difficulté fut surmontée en faisant usage d'écaille, mais l'écaille perd très vite et sa forme et l'uni de sa surface. D'après l'expérience que l'on a faite au sujet des plumes à écrire que, outre que le tantale n'est absolument pas atteint par les acides, il peut :

1° Etre amené à la forme désirée, quelle qu'elle soit ;

2° Il conserve cette forme même s'il est soumis à une pression, comme c'est le cas en travaillant les obturations ;

3° On peut lui donner la forme d'une lame excessivement mince et rigide appropriée à la spatulation ;

4° La lame peut avoir un tranchant très vif pour couper les obturations durcies.

Pour la préparation des alésoirs pour canaux, etc., le tantale semble de nouveau être le métal demandé, étant capable d'acquérir un grand fini et de le conserver longtemps.

L'imperméabilité du tantale aux acides le rend éminemment approprié à l'introduction des agents chimiques dans les canaux tels que l'acide sulfurique ou nitrique, ou pour appliquer le bioxyde de soude pour le blanchiment ou le fluoram dans les cas de pyorrhée.

Le tantale serait également le métal de choix pour la confection des limes à séparer, et des matrices ; il remplacerait avantageusement les bandes de celluloïd pour le polissage des obturations interstitielles.

(Laboratoire.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 octobre 1911.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Par M. H. Dreyfus.

Messieurs et chers confrères,

La séance du mois d'octobre ramène le périodique examen de conscience auquel se livre la Société d'Odontologie par l'intermédiaire de son secrétaire général.

Cet examen de conscience, elle peut l'affronter d'un cœur léger; elle n'a rien à en redouter, car cette année encore, elle a prouvé sa vitalité en travaillant au progrès de l'Odontologie dans les nombreuses et très diverses branches qu'elle comporte.

D'octobre à juillet, la Société a tenu onze séances, au cours desquelles une cinquantaine de communications, présentations ou démonstrations ont été faites. Leur simple énumération aura suffisamment d'éloquence pour me dispenser d'insister spécialement sur chacune d'elles.

Comme les années précédentes, notre arsenal professionnel s'est enrichi grâce à l'ingéniosité de nombreux confrères; un certain nombre ont pris part à la séance pratique organisée lors de la fête du Groupement, séance à laquelle ont assisté le doyen de la Faculté de médecine, le directeur de l'Assistance publique ainsi que d'autres personnalités officielles. Dans ce domaine essentiellement pratique, je vous rappelle les présentations et démonstrations suivantes :

Un nouvel articulateur anatomique, par *M. Amoëdo*. — Un nouveau four à gaz, pour travaux de porcelaine, par *M. Charbonnier*. — La couronne Carmichel, par *M. Darcissac*. — Pied-de-biche et vis à racines, par *M. Dehogues*. — Emploi d'un nouvel élévateur pour l'extraction de la dent de sagesse, par *M. Pont*. — Stérilisateur à aldéhyde formique naissant, Soufflerie d'air chaud pour le courant de 110 volts, par *M. Jolivet*. — Démonstration de l'emploi du ciment synthétic, par *M. Levett*. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire par l'électro-ionisation, par *M. Mendel-Joseph*. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire, par l'effluviation ionisatrice de haute fréquence, par *M. Morel*. — Aurifications rapides à l'or mou, par *M. Roussel*. — Différentes

opérations de stomatologie, par *M. Roy.* — Présentation d'aurifications, d'inlays et d'inlays couronnes, par *MM. Rambaud, Wilson* et *Katsaras.* — Un brûleur à gaz et à alcool pour tablette, par *M. Walter.* — Une lancette à lames changeables, par *M. Joly.* — Appareil à ramollir la gutta destinée au scellement des bridges, Pince pour l'enlèvement des dents à pivot et des bridges, par *M. H. Villain.* — Appareil portatif pour les diverses applications de l'électricité, par *M. Neury.* — Vis pour l'extraction des racines, par *M. Chapot-Prévost.* — Fontaine à eau chaude utilisable pour le crachoir fontaine, Cautère électrique pour la stérilisation des canaux, par *M. Geoffroy.*

Les communications orales n'ont pas été moins nombreuses.

Je vous les rappelle brièvement.

Technique des bridges en porcelaine, par *M. Jenkins*, à qui vous avez décerné une médaille d'or. — Restauration d'incisives centrales fracturées, à l'aide des couronnes fracturées, par *M. H. Villain.* — Procédé de correction de l'articulation d'une couronne, par *M. Roy.* — Prothèse restauratrice de la lèvre supérieure, par *M. André.* — Remarques au sujet de l'ancrage de Baker, par *M. Lemière.* — Correction d'une anomalie de direction par rotation sur l'axe, par *M. H. Villain.* — Modification des bandes d'Angle, par *M. Ruppe.* — Essai de terminologie des malpositions dento-maxillaires, par *M. Frey.* — Consolidation au moyen des anneaux d'Angle des dents fracturées, par *M. Godon.* — Un appareil provisoire de fixation dans la pyorrhée, par *M. Godon.* — Trois années d'expérience sur traitement électro-ionique de la pyorrhée, par *M. Mendel-Joseph.* — Chute des dents à la suite de suppression de la mastication, par *M. Lemeland.* — L'amputation pulpaire au point de vue pratique, par *M. Teisset.* — Les interventions sur la pulpe et les rameaux radiculaires, par *M. Touvet-Fanton.* — Note sur un cas de mortification pulpaire, par *M. Pailliottin.* — Etude symptomatique sur les altérations pulpaires sans carie, par *M. Roy.* — Mortification pulpaire à la suite de traumatisme alimentaire, par *M. Legrand.* — Abcès alvéolaire avec vitalité pulpaire partielle, par *M. Roy.* — Interventions chirurgicales, à la suite de complications d'évolution de dent de sagesse, par *M. Haloua.* — Observation d'un cas d'hémorragie de la bouche, par *M. Rouveix.* — Deux observations d'état hémorragipare, par *M. Roy.* — Un nouveau procédé d'extraction de la dent de sagesse, par *M. Pont.* — Etude de l'anesthésie régionale en art dentaire ; nouveau procédé d'anesthésie du maxillaire supérieur, par *M. Jeay.* — Une hypothèse sur le rôle de la fibrille de Tomes, par *M. Demarquelle.* — Les études actuelles sur les alliages, par *M. Serres.* — Les études pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, par *M. Ledoux.* — L'organisation de la profession dentaire au Brésil, par *M. Chapot-Prévost.* — L'œuvre de la brosse

à dents, par *M. Decolland.* — Enfin notre musée s'est enrichi de plusieurs anomalies dentaires, don de *M. Debray.*

Ne vous semble-t-il pas que cette énumération, qui vous a peut-être paru longue, vaut mieux que n'importe lequel des commentaires qu'on pourrait faire de ces communications d'ordre si divers ? Pour moi, si j'ai quelque peu rompu avec la tradition, qui a souvent fait prendre à ce rapport annuel les allures d'un palmarès, c'est qu'il m'a semblé qu'un secrétaire général, qui n'a qu'à être un bon organisateur de séances, peut être un détestable critique, qui peut ne pas se sentir qualifié pour porter un jugement sur chacun des sujets traités devant vous.

Ma réserve sur ce point n'exclut cependant pas l'obligation de souligner l'importance de certaines questions exposées ici, les unes, bien près d'être solutionnées, les autres encore à l'étude et qui méritent de rester à l'ordre du jour pour une mise au point définitive.

Je tiens à vous signaler d'abord l'importante question de la terminologie et de la classification des malpositions dento-maxillaires. Nos collègues Frey et G. Villain ont ardemment bataillé à ce sujet. Mais maintenant les négociations sont engagées, et je ne crois pas trahir le secret des chancelleries en disant qu'elles sont près d'aboutir à un résultat honorable pour les deux parties, et qui sera aussi tout à l'honneur de notre groupement. La terminologie et la classification de l'Ecole dentaire de Paris, ne trouvez-vous pas que cela sonne bien à l'oreille ? Nos collègues Frey et G. Villain auront droit à notre reconnaissance, car un langage clair est la condition première de toute science qui veut elle-même être claire et féconde.

Répondant à l'idée de beaucoup d'entre vous, je forme également le vœu que d'autres questions traitées cette année, soient soumises à une étude collective, et présentées sous forme de rapports, soit ici, soit dans les futurs congrès. Je signalerai entre autres, la mortification pulpaire, l'amputation pulpaire, l'étiologie et le traitement de la pyorrhée.

Je vous rappelle que vous avez donné l'adhésion de la Société d'Odontologie comme membre bienfaiteur du *Comité national français d'hygiène dentaire* fondé sous les auspices de la Commission d'hygiène de la F. D. I. Soyez persuadés que ce comité fera de bonne besogne, quoiqu'en veuillent bien dire certains professionnels à vue courte qui jugent inconciliables l'intérêt des dentistes et l'intérêt du public.

Dans l'assemblée générale extraordinaire du 8 novembre 1910 vous avez notifié un certain nombre de modifications apportées au règlement intérieur et votées par la Société de l'Ecole et du Dispensaire

dentaires de Paris. Ces modifications figurent aux pages 31, 32, 33, 34 de la brochure rouge de 1910.

J'en aurai terminé avec ce rapport quand je me serai acquitté d'un devoir désagréable : celui de rappeler certains auteurs au respect du règlement qui exige le dépôt de chaque communication sur le bureau le jour même de la séance. Cet article du règlement a été conçu dans un esprit de grande sagesse, car il oblige l'auteur à écrire son travail, ce qui n'est qu'un devoir de déférence envers la société ; il l'oblige par là même à traiter clairement son sujet, qui n'en sera exposé qu'avec plus de profit pour tout le monde. Cependant il arrive que les auteurs ne se conforment pas à cette obligation et que les communications sont définitivement perdues pour tout le monde. J'ai déjà attiré votre attention à ce propos l'an dernier, et si je restais à cette place, je recommencerais jusqu'à réussite ; je fais des vœux pour que mon successeur n'ait pas à vous gourmander sur ce point qui a son importance.

Il me reste maintenant à vous remercier au nom du bureau de votre effective collaboration, et de votre grande assiduité qui fait que notre société est de toutes les sociétés dentaires de France celles dont les séances sont le plus fréquentées.

Je tiens aussi à remercier les membres du bureau qui ont toujours facilité ma tâche de secrétaire général.

Mais mes remerciements s'adresseront tout particulièrement à l'homme éminent que, l'an dernier, vous avez élu président. Acclamé à chacune de ses réunions par l'élite dentaire internationale, qui se montre pleine d'admiration pour son action vraiment odontologique, véritable organisateur des victoires professionnelles, ayant eu la saine satisfaction de voir prospérer l'institution et le groupement qu'il dirige depuis tant d'années, — ayant même reçu la suprême consécration de la calomnie (car n'a pas qui veut des ennemis) — le président d'honneur de la Fédération dentaire internationale s'est trouvé honoré de venir présider nos séances. Et je trouve ce fait également honorable et pour M. Godon, et pour notre société.

Au risque de me voir appliquer par certains l'épithète de thuriféraire — ce qui m'est d'ailleurs indifférent — j'espère que vous serez d'accord avec moi pour acclamer notre cher président et pour penser que nous devons, plus que jamais, nous grouper autour de celui que nous appelons entre nous le Patron — un patron avec lequel on aimerait travailler toujours.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

SESSION DE LONDRES, AOUT 1911.
(Suite et fin.)

COMMISSION D'ENSEIGNEMENT

Séance du 2 août, à l'Université de Londres.

Présidence de M. KIRK, président.

La séance est ouverte à midi 1/4.

M. Kirk (Philadelphie) prononce une allocution et expose le but de la réunion.

Il cède ensuite la présidence à M. Brophy et donne lecture de son rapport sur *l'enseignement de la dentisterie opératoire et prothétique* dont les conclusions, présentées sous forme de questions, sont les suivantes :

1° La F. D. I. doit-elle recommander d'abandonner le système préceptoral ou privé comme moyen reconnu de préparation à la pratique dentaire ?

2° La méthode du laboratoire dans une école dentaire ou méthode technique peut-elle être employée pour développer le sens artistique aussi bien que pour développer l'habileté manuelle ?

3° Dans quelle mesure le procédé technique d'enseignement doit-il être complété par l'enseignement didactique ?

La discussion est ouverte.

M. Roy (Paris) appuie vivement les vues de M. Kirk quand il dit que dans l'enseignement dentaire il ne faut pas oublier que c'est *un esprit et une main dentaires* qu'il y a développer ; c'est la raison qui justifie l'autonomie complète de cet enseignement. Comme lui, il pense aussi que les travaux généraux du laboratoire doivent être organisés de façon à constituer la porte d'entrée des matières plus complexes du programme.

Il trouve toutefois les conclusions de M. Kirk un peu insuffisantes et voudrait y ajouter les conclusions suivantes :

1° En dentisterie opératoire toute opération doit avoir été exécutée correctement par l'élève sur fantôme avant de l'être dans la bouche d'un patient.

2° Les élèves doivent être tenus d'effectuer chaque année un nombre minimum d'opérations. Chacune de celles-ci doit être l'objet d'une note du professeur, et le droit de passer dans une année plus avancée ne doit être accordée qu'aux élèves qui, ayant subi avec succès les examens théoriques ont exécuté tous les travaux pratiques exigés et ont obtenu pour l'ensemble de ceux-ci une note moyenne suffisante.

M. Paterson (Londres) est d'avis de dire : « La F. D. I. recommande non pas l'abandon du système préceptoral, mais l'adoption générale du système d'enseignement au laboratoire. »

La réponse doit être *oui* pour la première conclusion du rapport si le travail est fait dans un laboratoire privé par l'étudiant et si celui-ci juge ce travail insuffisant.

M. Gilmour (Liverpool) appuie la proposition.

M. Paterson demande ce qu'il faut entendre par *système préceptoral.*

M. Kirk dit que c'est l'enseignement privé ou apprentissage et qu'on admet pour cela des instructeurs dont les titres sont très différents. L'enseignement est une profession. Il est d'avis que la méthode préceptorale soit abandonnée.

M. Brophy (Chicago) estime que le système préceptoral ou système de l'apprentissage comme moyen d'enseignement doit être abandonné.

M. Gilmour pense que les méthodes techniques des écoles devraient être abandonnées et que l'enseignement doit être reporté dans les hôpitaux. Il divise la scolarité de telle façon que la technique doit commencer à l'hôpital ; et, si l'hôpital est chargé de la technique, il pourrait l'être de la théorie.

Il est d'accord avec M. Kirk : l'instructeur doit être un instructeur dentaire et un bon dentiste à la fois. Il ne voit pas pourquoi la technique ne marcherait pas de pair avec la théorie.

Il appuie la 2e résolution.

M. Kirk demande si M. Gilmour a expérimenté le système qu'il préconise.

M. Gilmour dit que pourtant le système de l'apprentissage a suffi jusqu'à présent.

M. Guy (Edimbourg) recommande de prendre une décision le plus tôt possible. Il hésite à accepter la question et à abandonner le système préceptoral.

Il formule, d'accord avec *M. Campion* (Manchester), la proposition suivante : « La F. D. I. envisagerait avec satisfaction la disparition graduelle du système préceptoral, c'est-à-dire de l'enseignement privé, comme méthode admise de préparation à la pratique dentaire ; elle verrait d'un bon œil sa suppression complète et l'adoption générale de la technique, c'est-à-dire l'enseignement mécanique dans une école dentaire. »

M. Kirk accepte et appuie la proposition pour remplacer la sienne.

MM. Godon et *G. Villain* (Paris) appuient la proposition. La résolution de M. Guy est mise aux voix et adoptée comme remplaçant la conclusion Kirk n° 1.

M. Guy présente également la proposition suivante destinée à remplacer la conclusion Kirk n° 2 :

« La F. D. I. est d'avis que la méthode technique, c'est-à-dire l'enseignement mécanique dans une école dentaire, peut être employée pour développer le sens artistique aussi bien que l'habileté manuelle, et les écoles dentaires ont le devoir de régler et de modifier leurs méthodes d'enseignement de manière à atteindre ce but. »

MM. Campion, *Godon* et *G. Villain* apprécient la proposition.

M. Paterson propose d'adopter la question 2, le laboratoire pouvant être considéré comme une école dentaire.

M. Matheson (Londres) approuve entièrement la proposition Guy.

M. Kirk fait remarquer qu'il recommande l'école dentaire.

La 2e résolution de M. Guy est mise aux voix et adoptée comme remplaçant la conclusion Kirk n° 2.

M. Gilmour présente la résolution suivante comme réponse à la question Kirk n° 3 :

« Une sous-commission sera nommée pour examiner les méthodes d'enseignement en usage dans les divers pays et pour examiner également la mesure dans laquelle l'enseignement théorique doit être associé à la méthode technique et elle présentera un rapport sur ce sujet dans une session ultérieure. »

M. Paterson propose d'ajourner la discussion de la question.

M. Kirk appuie la résolution n° 3 de M. Gilmour, qui est mise aux voix et adoptée.

M. Paterson propose que la sous-commission se compose de MM. Gilmour, G. Villain, Kirk. — *Adopté.*

M. Kirk fait remarquer que son rapport peut être considéré comme adopté, sauf le point réservé.

Il annonce que les travaux pratiques faits à l'Ecole dentaire de Paris dans la 1re année de stage sont exposés dans une salle voisine.

La séance est levée à deux heures de l'après-midi.

CONSEIL EXÉCUTIF

Réunion du 2 août 1911.

Présidence de M. PATERSON, président.

La séance est ouverte à 3 h. 1/2 à l'Université de Londres.

Sont présents : MM. Aguilar, Brophy, Campion, Godon, Guerini, Guy, Huet, Francis Jean, Jessen, Kirk, Quarterman, Rosenthal,

Roy, Schäffer-Stuckert, Van der Hoeven, G. Villain, H. Villain, Weiser.

Rapport du secrétaire général.

M. Schäffer-Stuckert donne lecture de son rapport de secrétaire général et présente les comptes rendus du Congrès de Berlin.

Le président propose de recevoir le rapport et de l'enregistrer au procès-verbal. — *Adopté.*

Rapport du trésorier.

M. Campion dit qu'il a examiné, avec les deux autres commissaires désignés, les comptes du trésorier et qu'il les a trouvés justes ; il propose en conséquence de les approuver.

Le président propose d'approuver le rapport du trésorier. — *Adopté.*

Il estime que les différents gouvernements devraient recevoir un exemplaire du compte rendu du Congrès dentaire international de Berlin.

M. Schäffer-Stuckert pense que cet envoi serait avantageux pour la F. D. I. si les membres de celle-ci voulaient bien se charger de faire la remise des volumes aux gouvernements, surtout dans les pays qui ne se font pas représenter officiellement à la F. D. I., car les gouvernements n'entendent jamais parler d'elle.

Le président propose d'accepter les volumes du Congrès et de laisser aux représentants des divers pays le soin d'envoyer ces volumes au ministre de l'Instruction publique. — *Adopté.*

M. G. Villain demande que les délégués reçoivent une lettre les informant de l'envoi de ces volumes.

Fixation de la date et du lieu du Congrès dentaire international de 1914.

Le président prie chaque délégué d'indiquer l'époque qu'il préfère pour le Congrès de 1914, qui doit avoir lieu à Londres.

M. Schäffer-Stuckert propose la première semaine d'août ; *M. Kirk* également ; *M. Van der Hoeven*, de même.

MM. Roy, Francis Jean et *Guerini* se prononcent en faveur de la première semaine de septembre.

Le président met la question aux voix.

La première semaine d'août est choisie.

Le président dit que les Anglais préféreront cette époque. Il invite l'assemblée à nommer un tiers des membres du Comité d'organisation du Congrès.

Nomination d'un tiers des membres du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1914.

M. Kirk donne lecture d'une lettre de la Société dentaire de Cali-

fornie demandant que le prochain Congrès dentaire ait lieu en Californie.

Le président prie M. Kirk de transmettre les remercîments de la F. D. I. à cette Société.

M. Schäffer-Stuckert recommande de s'en tenir à 15 pour le nombre des membres du Comité d'organisation, qui choisit les membres du Comité national.

MM. Campion, Guy, Harrison, Mummery, Paterson, Aguilar appuient la proposition, qui est mise aux voix et adoptée.

Acceptation ou adoption des rapports des Commissions.

1° *Commission d'hygiène.*

M. Jessen propose M. Van der Hoeven comme deuxième secrétaire adjoint pour la Commission d'hygiène. — *Adopté.*

M. Van der Hoeven donne lecture : 1° De la proposition de M. Godon, qui est ainsi conçue : « Le Conseil exécutif considère que la F. D. I. étant un corps consultatif ne peut encourager aucun acte commercial de la part de la Commission d'hygiène et laisse au Comité national de chaque pays le soin de faire choix des moyens d'application pratiques convenant à ce pays ».

2° De la proposition de la Sous-Commission, qui consiste à approuver la résolution n° 5 de la Commission d'hygiène.

Il ajoute que la motion Godon ne satisfait pas la Sous-Commission, parce qu'elle ne se prononce pas ; c'est pourquoi cette dernière préfère sa propre proposition.

M. Jessen fait remarquer que ce n'est là qu'une partie du rapport de la Sous-Commission.

Le président dit que le Conseil exécutif a à se prononcer sur le paragraphe 5 du rapport de la Commission d'hygiène (Paris 1910). M. Godon propose que chaque Comité national décide dans son pays. Or, cette règle est de Miller, elle a été adoptée à Genève, elle est imprimée dans ses comptes rendus ; la proposition de M. Godon ne fait que la répéter ; cette proposition est donc inutile, et il pense qu'il doit la retirer.

M. Van der Hoeven rappelle que la conclusion n° 5 de la Commission d'hygiène n'a pas été adoptée à Paris en 1910 parce qu'elle devait donner lieu à une discussion. Il présente un rapport spécial au nom de la Sous-Commission pour recommander l'adoption de cette conclusion n° 5.

M. Godon dit que, si le Conseil accepte sa proposition, cela évite toute discussion.

M. Rosenthal fait remarquer que c'est le paragraphe 5 qui est en discussion.

Tous les membres de la F. D. I. ont rendu hommage au président

de la Commission d'hygiène, qui a fait un travail considérable. Or M. Jessen déclare que, si la proposition n° 5 est repoussée, la Commission ne pourrait plus rien faire, car elle permet seulement à la Commission d'hygiène de recevoir des fonds pour continuer son œuvre.

Il ne faut pas laisser ces fonds sans contrôle et il faut amener la Commission d'hygiène à en rendre compte. Ces fonds pourraient être envoyés au trésorier de la F. D. I.

M. Guy dit qu'il y a lieu de décider dans cette session si le Conseil exécutif est disposé à accepter la conclusion n° 5.

M. Kirk fait observer que, si le Conseil ne donne à cette conclusion qu'une approbation partielle, cela l'infirmera.

M. G. Villain dit qu'en adoptant la conclusion 5 on donne à la F. D. I. le caractère d'un corps préconisant ces procédés commerciaux.

M. Brophy estime nécessaire de trouver un moyen de nature à tirer M. Jessen de sa situation embarrassante ; mais il considère que c'est enlever à la F. D. I. sa dignité si elle se livre à des opérations commerciales.

M. Jessen déclare qu'il a essayé tous les moyens de se procurer des ressources.

M. Godon insiste pour l'adoption de sa proposition, qui donne satisfaction à M. Jessen en lui permettant de faire ce qu'il veut dans son pays.

M. Guy demande que la Commission d'hygiène abandonne sa conclusion n° 5, car le Conseil exécutif ne peut pas l'approuver.

M. Roy appuie la proposition de M. Guy.

M. Schäffer-Stuckert demande qui payera les dépenses faites depuis deux ans par la Commission d'hygiène.

M. Aguilar dit que M. Jessen a fait des dépenses depuis deux ans et a pris des engagements à tort ou à raison, et que la F. D. I. a une responsabilité à cet égard.

M. Campion estime qu'il faut tenir compte de ce que dit M. Aguilar et dépose l'amendement suivant, approuvé par MM. Kirk et Jessen : « Le Conseil exécutif de la F. D. I. ne peut adopter la conclusion n° 5 du rapport de la Commission d'hygiène de 1910, mais laisse à chaque Comité national le soin de prendre une décision à cet égard ».

Le président déclare que, pour sa part, il ne peut, en effet, accepter la conclusion n° 5.

M. Van der Hoeven retire la proposition de la Sous-Commission et se rallie à celle de M. Campion.

La proposition de M. Campion est mise aux voix et adoptée.

M. Jessen propose les nominations suivantes dans la Commission d'hygiène :

Présidents d'honneur : MM. Jenkins, Godon, Paterson.
Membres d'honneur : MM. Schmören (Badenweiler).
2e secrétaire : M. Van der Hoeven (La Haye).
Membres. Danemark : MM. Stirup, Lyngen.
— Norvège : M. Aargard.
— France : MM. G. et H. Villain, R. Lemière, Blatter.
— Russie : les membres nommés par le Comité national.
— Autriche : M. Wolf.
— Allemagne : M. Scheele.
— Etats-Unis d'Amérique : MM. Robinson ; Piercy Mac Cullough.
— Italie : M. Piperno.

Ces nominations sont approuvées.

M. Aguilar propose qu'une somme de 750 francs soit mise à la disposition de la Commission d'hygiène pour rembourser les avances faites par M. Jessen.

M. Rosenthal n'est pas d'avis d'engager les fonds de la F. D. I.

M. Roy estime qu'il faut régler la situation passée sous le contrôle du trésorier, mais qu'il faut prendre des précautions pour l'avenir. Les dépenses de la Commission d'hygiène doivent être très faibles, car elle n'a pas de circulaires à envoyer.

Il demande que cette Commission travaille et corresponde avec les Comités nationaux et non avec les particuliers.

Le président dit à M. Jessen que la F. D. I. accepte de lui rembourser 750 francs de frais de poste ; mais qu'à l'avenir les dépenses de la Commission seront contrôlées par le trésorier et le président de la F. D. I.

M. Jessen remercie.

2° *Commission d'enseignement.*

M. Campion donne lecture de son rapport sur les délibérations de la Commission d'enseignement. — Adopté.

3° *Commission de bibliographie et de documentation.*

M. Huet donne lecture du rapport de la Commission de bibliographie et de documentation, qui est adopté.

Le président demande à MM. Godon, Kirk et Aguilar deux exemplaires de chacun des nos de *L'Odontologie*, du *Dental Cosmos* et de *La Odontologia*, qu'ils dirigent respectivement, pour l'Institut international de bibliographie.

M. Rosenthal dit que le but de M. Huet est de constituer à Bruxelles une bibliothèque unique comprenant non seulement des périodiques, mais aussi des livres, de façon à permettre à chacun, si besoin est, de consulter les ouvrages qui lui sont nécessaires.

4° *Commission du prix Miller.*

Le président prie M. Aguilar d'expliquer pourquoi le prix Miller n'a pas été remis à M. Black.

M. Aguilar donne lecture de ses explications et ajoute que le Comité du prix Miller a décidé d'attribuer le prix à la prochaine session de la F. D. I.

M. Brophy annonce qu'en recueillant des fonds aux Etats-Unis il a été obtenu de différentes personnes des promesses de versements s'élevant à 5.000 ou 6.000 dollars. En un an les Etats-Unis auront versé 1.000 ou 2.000 dollars.

Un monument va d'ailleurs être élevé à Miller aux Etats-Unis.

Il ignore ce qui a été fait par la Direction ; mais il sera sans doute possible d'obtenir des fonds au Japon et en Australie.

Le président remercie M. Brophy de son activité et sera heureux s'il rapporte de nouvelles souscriptions.

Le rapport sur le prix Miller est reçu et approuvé.

M. Schäffer-Stuckert dit que les comptes rendus du Congrès dentaire international de Berlin contiennent un portrait du Prof. Miller et offre à M. Aguilar d'en mettre le cliché à sa disposition.

M. Aguilar fait connaître qu'il a adressé à ses frais à tous les dentistes d'Espagne une brochure les invitant à souscrire pour le prix Miller.

AFFAIRES DIVERSES.

M. Schäffer-Stuckert donne lecture des règles directrices qui ont inspiré le Comité d'organisation du Congrès dentaire international de Berlin.

Le président le remercie et dit que le rapport sera publié.

M. Campion soumet un projet de formule à imprimer et destinée aux candidats à l'admission dans la F. D. I. — Adopté.

Le président donne lecture d'un télégramme de M. Rojo (Mexico), exprimant des souhaits pour le succès de la réunion.

FIXATION DU LIEU ET DE LA DATE DE LA SESSION DE LA F. D. I. EN 1912.

Le président donne lecture d'un télégramme de MM. Lenhardtson et Förberg proposant Stockholm pour la session de la F. D. I. en 1912.

Il rappelle que M. Kirk a lu, à la séance d'ouverture, une lettre de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis proposant que la session de 1912 ait lieu dans ce pays.

M. Rosenthal propose l'Amérique pour 1912.

M. Jessen — — — 1913.

M. Kirk dit que l'œuvre de la F. D. I. n'est pas encore bien com-

prise en Amérique ; si la F. D. I. veut s'y réunir, l'époque convenable serait 1913. Que la F. D. I. choisisse sa date et qu'elle s'en rapporte à lui et à ses collègues pour le reste.

M. Brophy confirme que les Américains ne se rendent pas bien compte de ce qu'est la F. D. I.

Le président fait remarquer qu'on est en présence de propositions de deux sessions successives dans des pays de langue anglaise.

M. Van der Hoeven propose de choisir Stockholm pour 1912 et d'aller en Amérique le plus tôt possible.

M. Aguilar fait remarquer que, d'après ce qu'a dit M. Kirk, on ne peut aller en Amérique en 1912.

La ville de Stockholm pour 1912 est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Le président propose la première semaine d'août. — Adopté.

Questions diverses.

M. Godon fait remarquer que les délégués français sont MM. Godon, Roy, Pont, Sauvez, Francis Jean et que MM. Siffre et G. Villain ne sont pas membres du Conseil exécutif, comme cela est indiqué à tort dans le compte rendu anglais de la session de Paris de 1910, et qu'ils n'ont figuré dans cette session qu'à titre de suppléants de MM. Pont et Sauvez, absents.

Il ajoute qu'il espère que le petit différend qui existe en France sera aplani pour l'an prochain. Dans tous les cas il informe dès à présent la F. D. I qu'il est créé par l'Association générale des dentistes de France, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, la Société d'Odontologie de Lyon et la Société des dentistes de l'Aisne une *Association dentaire nationale française,* comme Fédération dentaire nationale française nouvelle pour maintenir les relations de ces sociétés avec la F. D. I. et les sociétés étrangères, en attendant le règlement du différend.

Il dit que les membres de la F. D. I. ont l'habitude, à chaque session, avant de se séparer, d'adresser des remercîments au Bureau et au président qui a dirigé les débats et il en fait la proposition. (*Approbation.*)

M. Brophy donne lecture d'une adresse de remercîments des dentistes de Chicago à M. Jessen.

La séance est levée à 6 h. 1/2 ; la session de 1911 est close.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

VOLTE-FACE

On se souvient des incidents qui ont marqué la constitution du Comité national français d'hygiène *et on sait comment, à la suite de différends profonds sur les principes mêmes de l'organisation de ce Comité, une scission se produisit au sein de l'Assemblée constitutive du 5 mai dernier et entraîna la fondation de deux sociétés d'hygiène dentaire, qui, si elles poursuivaient le même but, étaient constituées sur des bases tout à fait différentes.*

C'est en effet la discussion des articles des statuts ayant trait à la composition de la société, à la cotisation de ses membres et à la constitution de son Conseil d'administration, qui provoqua la scission au sein de l'assemblée constitutive, à la suite des injures prodiguées aux dentistes par un non-professionnel stylé par le président, et en présence de l'hostilité de celui-ci aux propositions en faveur de la prédominance de l'élément professionnel au sein de la société en formation.

*
* *

Que demandions-nous, nous, les dentistes, au nom des deux sociétés qui nous avaient délégués ? Deux choses : 1° que la cotisation fût la même pour tous (les statuts proposés prévoyant une cotisation de 5 francs pour les dentistes, 2 francs pour les non-professionnels) ; 2° que les dentistes fussent représentés au sein du Conseil d'administration par un nombre de membres supérieur à celui des non-professionnels et, pour cela, que ce Conseil d'administration fût composé : (a) *des membres élus en assemblée générale à*

nombre égal par les dentistes et les non-professionnels ; (b) *des représentants des sociétés à raison de 1 ou 2 membres par société (suivant le nombre de leurs adhérents). Nous demandions en outre que les principes odontologiques fussent sauvegardés*[1].

Ces demandes ayant été repoussées grâce aux non-professionnels amenés à la séance par le président, vingt-quatre dentistes, sur trente-deux que comprenait l'assemblée, se refusèrent à collaborer à la formation d'une société méconnaissant les intérêts professionnels les plus élémentaires et fondèrent, sur les bases qu'ils venaient de défendre, le Comité national français d'hygiène dentaire ; *dans l'assemblée générale constitutive de ce Comité, ils déclarèrent en outre que, suivant le principe admis par les odontologistes, les cliniques qui pourraient être créées le seraient suivant une formule qui, tout en assurant l'inspection et les soins dentaires aux pauvres, sauvegarderait les intérêts généraux de la profession.*

Ainsi donc, à la suite de ces incidents, deux sociétés d'hygiène se trouvèrent constituées : l'une, le Comité national français d'hygiène dentaire, *organisée suivant les desiderata exprimés par les dentistes ou leurs sociétés, c'est-à-dire sur des bases nettement odontologiques, pour la propagande de l'hygiène dentaire à l'école, à l'armée, à l'usine ; l'autre, poursuivant un but analogue, mais avec une organisation qui, plaçant les dentistes et les non-professionnels dans une situation telle que, ces derniers avaient la possibilité de sacrifier les intérêts odontologiques et professionnels.*

Tous les dentistes que la polémique personnelle n'aveugle pas applaudirent à l'initiative du Comité national français d'hygiène dentaire, *qui recueillit rapidement*

---

1. On trouvera dans la notice historique sur la constitution du Comité national français d'hygiène dentaire le compte rendu détaillé de la discussion de ces points et on verra l'accueil qui leur fut fait par le président de la séance. Voir *Odontologie* du 30 juillet 1911, supplément p. VIII.

l'adhésion de tous ces confrères et l'appui de nombreux ministres, députés, sénateurs, ainsi que celui du président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France et du directeur de l'Assistance publique.

*
* *

Bien que tout à fait regrettables à notre point de vue, les principes directeurs de la société d'hygiène opposée à la nôtre pouvaient s'expliquer et l'on pouvait très bien concevoir l'évolution de cette société suivant ses vues particulières. Mais il faut croire que les principes si véhémentement exposés le 5 mai par le président et ses amis n'étaient que le prétexte d'une hostilité longuement concentrée contre nos institutions et ceux qui les dirigent, car la création du Comité national français d'hygiène *fut le point de départ d'une série d'attaques, de polémiques injurieuses, voire même d'exploits d'huissier en nombre prodigieux, à propos de tout et même de rien, de la part de quelques confrères qui saisissaient avec empressement l'occasion d'exprimer leurs rancunes contre notre Groupement, et au premier rang de ceux-ci on put voir le président de la société d'hygiène qui avait si allègrement trahi la confiance des sociétés qui l'avaient mandaté.*

*
* *

Les choses en étaient là quand, il y a quelques jours, parut une lettre de ce susdit président par laquelle nous apprenions avec stupéfaction que les statuts de la société qu'il dirige étaient modifiés et renfermaient toutes *les dispositions que l'on avait si violemment écartées lorsque nous les avions présentées.*

Que signifiaient donc les protestations du président et de ses amis non-professionnels le 5 mai ? Ils avaient refusé alors de nous écouter, nous avaient obligés à nous séparer d'eux et à créer le Comité national français d'hygiène dentaire, *et voilà que, après avoir essayé de créer*

une agitation professionnelle, voyant sans doute que leur tentative n'avait plus aucune chance de succès, ils reconnaissaient finalement que nous avions raison et modifiaient leurs statuts!

Les gens de bonne foi penseront sans doute qu'après une amende honorable aussi éclatante, toute polémique va cesser et que l'accord parfait va régner. Quelle erreur est la vôtre, ô âmes candides!

Cette amende honorable marque, au contraire, une recrudescence dans les attaques et le papier timbré que nous adresse notre confrère.

On se demandera alors pourquoi, après avoir provoqué ce très regrettable incident professionnel, après avoir provoqué ces polémiques injurieuses qui déconsidèrent notre profession, après avoir refusé avec tant d'âpreté de se rendre aux raisons de ses collègues et les avoir obligés à se séparer de lui dans la séance constitutive du 5 mai, on se demandera pourquoi ce président fait cette si soudaine volte-face.

C'est que cette amende honorable n'est faite que pour s'attirer l'appui d'une société qui s'est toujours distinguée par son hostilité et ses attaques à l'égard du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, mais dont ce cher confrère n'avait pu se concilier entièrement les bonnes grâces en raison de sa violation vraiment par trop flagrante des intérêts professionnels dans la constitution de sa société d'hygiène.

Il espère, par cette modification, avoir dans cette société, qu'il combattit naguère et dont il quémande aujourd'hui humblement l'appui, un auxiliaire plus actif contre ceux qu'il attaque pour satisfaire ses rancunes et ses ambitions personnelles.

Cette attitude méritait d'être signalée aux confrères impartiaux qui sauront la juger.

GEORGES VILLAIN.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

LA JUSTICE S'EST PRONONCÉE

Association générale syndicale des dentistes de France.

A la suite des incidents et des irrégularités qui ont amené la désorganisation de la Fédération dentaire nationale et en présence du refus opposé par M. Francis Jean, se disant président de la F. D. N., à la réunion d'une assemblée générale régulière pour rétablir une organisation normale de la Fédération, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France ont introduit auprès du tribunal civil de la Seine un référé tendant à la nomination d'un administrateur provisoire de la F. D. N.

Le Tribunal, faisant droit à cette demande, a nommé M. Desbleumortiers, administrateur judiciaire de la Fédération.

A la suite de cette nomination, le Bureau de l'Association générale syndicale des dentistes de France et celui de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ont adopté l'ordre du jour suivant :

Le Bureau de l'Association générale syndicale des dentistes de France, réuni le 7 novembre 1911,

Considérant :

1° Les conclusions de la consultation du Conseil judiciaire de la Société en date du 26 octobre 1911, aux termes desquelles l'Assemblée générale du 24 mars 1911 de la F. D. N. a commis une irrégularité en omettant de constituer un Comité exécutif et en nommant directement le Bureau, qui dès lors n'a pas qualité pour représenter la F. D. N. et dont toutes les décisions sont nulles et sans valeur légale ;

2° L'assignation en référé autorisée par les Bureaux dans leurs séances respectives du 24 octobre 1911, et adressée au nom de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, de l'Association générale syndicale des dentistes de France, auxquelles s'est jointe l'Association des professeurs des écoles dentaires recon-

nues d'utilité publique, à M. Francis Jean, se disant président du Bureau actuel de la F. D. N., irrégulièrement nommé;

3° La décision du président du Tribunal civil de la Seine nommant comme administrateur provisoire de la F. D. N., M. Desbleumortiers, administrateur judiciaire audit tribunal, avec mission de convoquer dans le délai le plus rapproché qu'il sera possible une Assemblée générale de la F. D. N., ayant pour objet :

1° De procéder à la nomination du Comité exécutif dans les termes de l'art. 14 des statuts de la Fédération;

2° De délibérer sur les propositions émanant des bureaux des diverses sociétés dans les délais prévus aux statuts.

A décidé de porter ces faits à la connaissance des sociétés composant la F. D. N.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Bureau de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a pris une décision analogue dans sa réunion du 7 novembre 1911, décision portée à la connaissance des sociétés intéressées par le secrétaire général M. Georges Villain.

L'Association de l'Ecole odontotechnique, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, le Syndicat des dentistes de l'Aisne, qui représentent les trois quarts des membres de la F. D. N. et des délégués, nous informent qu'ils ont également donné leur adhésion.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

SIÈGE SOCIAL : 49, *rue de Miromesnil.*

Paris, le 30 octobre 1911.

Monsieur et cher confrère,

Le Comité national français d'hygiène dentaire, conformément à la décision prise par son Conseil d'administration dans sa séance du 10 juillet dernier, a l'intention d'organiser des Comités régionaux dans toutes les villes de province.

Avant de procéder à cette organisation, nous avons pensé qu'il serait utile d'avoir l'avis de nos adhérents provinciaux sur la manière dont ils concevraient la constitution de ces Comités régionaux.

Nous vous serions donc très obligés, monsieur et cher confrère, de nous donner votre avis à ce sujet.

Vous trouverez ci-inclus un exemplaire des statuts du Comité et la circulaire de propagande.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments distingués.

Le secrétaire général,	Le président,	Le secrétaire général adjoint,
RAYMOND LEMIÈRE.	MAURICE ROY.	A. ZIMMERMANN.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

COUR D'APPEL DE LYON (3e Ch.)

Présidence de M. Pélagaud. (23 *novembre* 1909.)

Commerçant. — Chirurgien ou mécanicien-dentiste. — Non-commerçant. — Billets souscrits par un commerçant. — Caractère commercial. — Preuve contraire.

Le chirurgien-dentiste ou même le mécanicien-dentiste ne peut être rangé parmi les commerçants, cette profession consistant dans la mise en œuvre du travail personnel et de l'art de celui qui l'exerce, et non dans la pratique d'actes de commerce, et, d'autre part, l'achat et la revente des objets que le dentiste transforme pour les livrer ensuite à ses clients ne constituant pas le but de sa profession, mais lui étant seulement nécessaires pour l'exercice de son art.

Les billets souscrits par un commerçant ne sont censés faits pour son commerce qu'à défaut de preuve contraire.

J. c. C.

(MMes Moiroud et Hoffheir, avocats.)

La Cour :

Considérant que J. a assigné C. devant le Tribunal de commerce de Lyon, en paiement d'un billet souscrit par celui-ci à l'ordre de la dame X., endossé par ladite dame à A. et par celui-ci audit J.;

Considérant que C., sans répondre au fond sur la demande de J., a opposé l'incompétence du tribunal de commerce pour statuer sur cette demande ;

Considérant qu'il motive son exception sur ce que le billet dont J. poursuit le paiement a été souscrit pour des causes purement civiles dont la connaissance échappe aux tribunaux consulaires ;

Qu'il justifie, en effet, que, divorcé d'avec la dame X. bénéficiaire originaire du billet litigieux, il a souscrit ce billet à ladite dame pour le règlement de ses reprises ;

Considérant que J. invoque, néanmoins, pour justifier la compétence du tribunal de commerce, les dispositions de l'article 636 du Code de commerce, aux termes duquel la juridiction consulaire est compétemment saisie à l'égard de tous billets à ordre qui portent, même à côté de signatures de non-commerçants, celles de commerçants ;

Considérant qu'il retient, à ce titre, sur le billet litigieux, la signature de C. lui-même, qui l'a souscrit, et celle d'A., qui l'a endossé ;

Considérant qu'il y a lieu, tout d'abord, d'écarter, à ce point de vue la signature d'A.;

Que celui-ci, en effet, exerçant la profession de chirurgien-dentiste,

ou même de mécanicien-dentiste, ne peut en aucune façon être rangé parmi les commerçants ;

Que cette profession consiste dans la mise en œuvre du travail personnel et de l'art de celui qui l'exerce, mais non dans la pratique d'actes de commerce ;

Que si, à la vérité, le dentiste est obligé d'acheter certaines marchandises qu'il transforme pour les livrer ensuite à ses clients, l'achat et la revente de ces marchandises ne constituent pas le but de sa profession, mais lui sont seulement nécessaires pour l'exercice de son art ;

Considérant, en ce qui concerne la signature de C., que si ledit C. est commerçant, ce n'est qu'à défaut de preuve contraire que des billets signés par lui sont censés faits pour son commerce ;

Que, dans l'espèce du procès, la preuve contraire est rapportée, et que la cause civile du billet litigieux est nettement établie ;

Qu'il est, dès lors, acquis aux débats que ce n'est pas pour son commerce et en qualité de commerçant que C. a opposé sa signature sur ce billet ;

Qu'en conséquence, cette signature, pas plus que celle d'A., ne peut être invoquée pour justifier la compétence du tribunal de commerce ;

Par ces motifs :

Dit que le tribunal de commerce était incompétent pour connaître de la demande formée par J. contre C.

Observation. — V. Alger, 9 novembre 1904 ; Lyon, 16 décembre 1906, *Journal des tribunaux de commerce,* t. LVII, p. 833, n° 17626 ; Cass., 3 décembre 1907, *ibid.*, t. LVII, p. 579, n° 17535.

V. aussi *Pandectes françaises (Rép.),* v° *Commerçant,* n[os] 344 et 345.

(*Journal des tribunaux de Commerce,* août 1911.)

La vente d'un cabinet dentaire.

La jurisprudence considère, on le sait, comme illicite et nulle la vente des cabinets de médecin et de chirurgien-dentiste, la clientèle médicale étant « une chose qui n'est pas dans le commerce », puisqu'elle dépend des qualités professionnelles des praticiens et aussi de la confiance qu'ils inspirent.

La cinquième chambre civile vient cependant, dans une question d'espèce, il est vrai, de décider, après plaidoiries de M[es] Jacobson et Justal, qu'une telle vente — celle d'un cabinet dentaire — est parfaitement valable quand elle s'assortit d'un droit au bail et de la faculté pour l'acquéreur de se dire le successeur du vendeur.

CORRESPONDANCE

Monsieur l'Administrateur,

L'Odontologie publie, dans ses numéros du 30 juillet et du 15 septembre 1911, que je lis à mon retour de vacances, une lettre de MM. Roy et d'Argent ainsi qu'un article de M. d'Argent qui contiennent à mon égard des inexactitudes que je crois de mon devoir de rectifier.

Je suis plus que surpris de lire, dans sa lettre du 21 août à M. Manteau, que M. d'Argent se juge visé comme ancien trésorier de l'Ecole par mon article paru dans le numéro de juillet du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes.*

Nous nous sommes pourtant expliqués à ce sujet chez moi où je lui ai déclaré que rien ne le touchait. J'ai fait allusion à certaine séance, fort mouvementée, dans laquelle il s'agissait de savoir si l'Ecole paierait ou non certains frais concernant les publications de la F. D. I.

A cette séance, le secrétaire du Comité d'organisation ainsi que le trésorier du Congrès donnèrent bien des explications sur le règlement des comptes, mais rien ne fut ensuite communiqué aux souscripteurs en séance de reddition de comptes.

Donc, je le répète, cette situation n'est pas claire pour tous aujourd'hui encore.

D'aucuns estiment qu'il dut y avoir du déficit; dans ce cas nous ignorons de quelle caisse il a fallu sortir l'argent nécessaire à le combler. D'autres au contraire croient à un boni; dans ce cas encore il serait intéressant de savoir où la ristourne a passé.

M. d'Argent m'a donné quelques explications. J'estime que c'est publiquement et à tous les anciens souscripteurs réunis qu'on aurait dû les donner. C'est un oubli réparable qui ne peut en rien faire suspecter l'honorabilité du trésorier, laquelle n'est même pas en discussion.

D'ailleurs, ce trésorier n'était pas, me semble-t-il, M. d'Argent.

Je m'élève contre l'affirmation de ce dernier qu'il m'eût été possible de m'expliquer en assemblée générale. Il paraîtra étrange qu'on me tienne ce langage, à moi qui me suis vu retirer la parole par M. Godon, précisément en assemblée générale, la dernière fois que j'ai voulu la prendre pour formuler une protestation.

Cependant, je prends acte de la proposition et développerai, au cours de la prochaine assemblée, les griefs que tout membre d'une société civile est en droit de formuler contre une direction.

Je revendique la paternité exclusive et l'entière responsabilité de mon article, écrit spontanément et sans me soucier, n'obéissant à aucune suggestion, si je retirais du feu, une fois de plus, des marrons dont d'autres pourraient profiter.

Je déclare en outre absolument fausse l'insinuation tendant à répandre dans la profession que je dois à M. Godon et à ses amis titres professoraux, distinctions honorifiques et situation prospère.

On me permettra bien de dire ici que je n'ai pas trouvé à Paris l'équivalent de la situation que j'ai abandonnée en province, sur les instances et promesses très réitérées de M. Godon.

On m'accordera aussi, je pense, que j'ai payé plus cher que beaucoup d'autres depuis mes titres professoraux.

Quant aux distinctions honorifiques, on jugera de ce que j'en dois à M. Godon et à ses amis lorsque j'aurai déclaré que, exception faite pour la médaille d'or de la Société d'Odontologie, l'Ecole a été complètement étrangère à l'obtention par moi de quelques distinctions et récompenses qui m'ont été conférées.

Et maintenant je déclare que lors de leur visite MM. Roy et d'Argent se présentèrent chez moi non pas de la part de M. Godon, comme ils l'écrivent dans une lettre parue sous leur signature dans le numéro du 30 juillet dernier.

M. d'Argent vint pour me demander des explications et aussi m'en donner au sujet des 17.000 francs volés à l'Ecole ainsi qu'à celui de l'emploi des fonds recueillis pour l'organisation du Congrès de 1900.

Quant à M. Roy, il venait m'affirmer que ce que je reprochais à M. Godon n'était imputable qu'à lui seul, en ce qui concernait la société d'hygiène dentaire.

Au cours de ces explications, je leur fis remarquer combien leurs critiques qu'ils disaient être également celles de M. Godon et de leurs amis, étaient semblables à celles formulées par le Syndicat contre le texte primitif de la société d'hygiène.

M. d'Argent lui-même me fit, à cette occasion, l'éloge du Syndicat et de son ardeur à défendre les intérêts des dentistes.

Nous fûmes en fin de compte d'accord que l'affaire des sociétés d'hygiène pouvait à volonté devenir une nouvelle occasion de discorde ou au contraire, un sujet de réconciliation, d'oubli et de paix entre toutes les sociétés et les personnalités.

En vue de la pacification, j'offris alors ma médiation qui fut acceptée, dans les conditions suivantes :

1° M. Roy m'enverrait par écrit la preuve que la seconde partie de la lettre de Paterson, non communiquée par M. Francis Jean, conférait réellement à M. Godon la mission de créer une société nationale d'hygiène ;

2° Que lui seul et ses amis, dont il citait les noms, s'étaient emparés du titre de la société fondée par Francis Jean ;

3° J'obtiendrais de ce dernier désistement au sujet de la plainte judiciaire déposée contre M. Godon et ses amis ;

4° Je demanderais à M. Bonnard d'user de son influence au Syndicat en vue de réaliser une union souhaitable pour tous les odontologistes.

Bien entendu, je promis comme complément d'adresser au *Bulletin du Syndicat* un appel à la conciliation et à l'oubli en même temps qu'affirmer, ce qui est la vérité, n'avoir pas voulu mettre en doute la régularité de la gestion financière de M. d'Argent.

Dès le lendemain, j'accomplis ma mission. D'abord M. Francis Jean, avec abnégation, se rendit à mes raisons dans un but de concorde. Il

y mettait pour condition de ne pas voir contester son autorité de président de la F. D. N. jusqu'à l'assemblée générale évidemment.

Quant à M. Bonnard, il me promit, bien que n'ayant pas qualité régulière pour cela, de s'entremettre officieusement pour que le Syndicat fasse trêve avec l'Ecole en attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé. Il acceptait qu'en signe de détente un délégué officiel de l'Ecole soit envoyé au Congrès de Rouen et promettait à son égard la plus parfaite courtoisie, délégation dont il avait été parlé entre MM. Roy, d'Argent et moi.

Entre temps, je recevais bien de M. Roy un long mémoire où était exposée la genèse du différend Godon-Francis Jean, autrement dit les démêlés entre les deux sociétés d'hygiène mais en toute impartialité, je n'y trouvai nullement les preuves sollicitées par moi, à savoir : 1° que M. Roy et non M. Godon avait pris à M. Francis Jean le titre de sa société ; 2° que la F. D. I. avait donné mission à M. Godon ou à ses amis de fonder la Société nationale d'hygiène ; 3° que M. Paterson, dans la seconde partie de sa lettre à M. F. Jean avait confirmé cette mission.

Je me considérai donc dégagé de la promesse que j'avais faite à MM. Roy et d'Argent et j'écrivis au premier cette lettre pour être communiquée au Conseil du mardi 25 juillet.

« Mon cher Roy,

» J'ai vu hier Francis Jean qui, comme nous, serait très désireux de » voir cesser l'agitation actuelle. Il serait disposé à tout oublier à la » condition que soit rapportée la décision qui le disqualifie à la » F. D. N.

» Cependant, il persiste jusqu'à ce que vous l'ayez convaincu du » contraire, à dire que Godon a inspiré tout. Il donnera donc, jusqu'à » entente avec vous, suite à l'action judiciaire commencée.

» D'autre part, M. Bonnard dit que les syndicats accepteront tou- » jours de causer apaisement. Ils recevront confraternellement le » ou les délégués que le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris pour- » rait envoyer à leur congrès de Rouen.

» A vous donc de décider ce soir sur cette question.

» Quant à moi, j'ai lu très attentivement les documents reçus ce » matin. Je n'y trouve nulle part :

» 1° Que la F. D. I. ait donné mandat à quelqu'un de créer un Comité » d'hygiène en France ;

» 2° Que M. Godon ne soit pas responsable, selon l'article de Francis » Jean dans la *Revue Odontologique*, et de la constitution d'une se- » conde société, et de l'article de *L'Odontologie* affirmant que les fon- » dateurs de cette dernière société étaient nantis d'une mission effec- » tive.

» Dans ces conditions, je réserve toute décision jusqu'après juge- » ment de l'instance intentée par Francis Jean.

» Reçois, etc.....

» Signé : L. Delair. »

Les faits étant ainsi expliqués, je tiens à proclamer que je n'ai rien à ajouter ni à retirer de ce que j'ai écrit.

Je répète que M. Godon, abusé par ceux qui le flattent en profitant de lui et de l'Ecole, se trompe sur les sentiments du monde professionnel qu'il a la prétention de représenter à lui tout seul en France et à l'étranger.

Ce n'est donc pas à lui personnellement qu'il faut faire remonter le malaise de méfiance et de désunion qui étreint la profession, mais au président de la société civile, responsable, mal entouré, mal conseillé, à celui que chaque membre de cette société a le droit absolu de contrôler et de critiquer aussi bien par la parole que par la plume.

Les récriminations ne peuvent s'adresser qu'à celui qui, malgré les avis d'amis désintéressés, s'est toujours refusé à comprendre qu'à l'Ecole devaient être exclusivement réservées les questions de science et d'enseignement et qu'il fallait laisser à des hommes non inféodés à une école le souci des intérêts généraux de la profession.

DELAIR.

UN DERNIER MOT

Nous ne voulons pas prolonger indéfiniment une polémique qui n'a que trop duré; mais, tout en publiant la lettre de M. Delair, nous ne pouvons que maintenir les termes de notre lettre à M. Godon parue dans *L'Odontologie* du 30 juillet 1911, en affirmant en outre que, si M. Delair voulut bien ce jour-là s'offrir spontanément comme médiateur auprès des confrères ou des groupements qu'il met en cause, *nous ne le chargeâmes d'aucune mission* ainsi qu'il le dit à tort dans sa lettre; nous le laissâmes absolument libre d'agir à sa guise, nous en tenant uniquement à la promesse d'une lettre rectificative de son article qu'il nous avait formellement faite.

J. D'ARGENT, MAURICE ROY.

INVENTIONS

SE RAPPORTANT A L'ART DENTAIRE

Brevetées en France en 1909 et 1910.

Bonnet. Procédé électro-chimique pour traiter les dents.

Carlavan. Succion pour dentiers.

Fleischer. Procédé pour la fabrication de dentiers.

Fieschi. Articulateur de précision pour fabrication des appareils de prothèse dentaire.

Barrié. Four électrique pour prothèse dentaire.

Baum. Plaques de palais pour râteliers artificiels.

Platschick. Procédé et appareil pour obturer les dents.

Bernard. Davier élévateur.

Bordenave. Procédé pour l'emploi de l'argent dans la fabrication des dentiers.

Asterberg. Appareil à tampon élastique pour le moulage sous pression de métaux pour l'art dentaire.

Bradeburg. Seringue dentaire.

Goldenstein. Ecarte-mâchoire.

Debray. Lunette porte-ampoule pour éclairer la bouche en vue des opérations.

Rosenthal. Instrument pour obturer les dents cariées et produit pour l'alimenter.

Bordenave. Emploi de l'or dans la fabrication des dentiers.

Baum. Cuiller à bouche pour l'art dentaire.

Collingbourne. Dent artificielle.

Ruller. Confection de matrices, moulages de palais pour prothèse dentaire.

Johnson. Perfection aux instruments dentaires.

Arutzen. Corps métallique adapté aux dents.

Joly. Lancette à lame remplaçable démontable pour l'art dentaire et la chirurgie.

Kiss. Dispositif protège-langue.

Otto. Transformateur pour applications électro-médicales.

Escomel. Récipient antiseptique pour conserver les pansements et instruments.

Leval. Appareil inhalateur aseptique.

Richard. Ferme-bouche invisible.

Immermann. Appareil inhalateur.

Eilertsen. Procédés et appareils d'application électrothérapique des courants alternatifs de haute fréquence.

Jager. Moule à compression et à chauffage.

Nigris. Inhalateur continu de poche.

Bourmann (1910). Boîte pour conserver les fraises, mèches ou foret en usage chez les dentistes.

Blanc. Pièce à main pour fraises et autres outils employés dans l'art dentaire.

Morineau. Produit destiné à la technique dentaire.

Croquelois. Perfectionnement aux appareils servant à couler sous pression les métaux en prothèse dentaire.

Schrey et Œsterseicher. Appareil pour le nettoyage des dents.

Alkin. Pièce à main à usage des dentistes.

Schwartz. Crachoir-fontaine pour médecins et chirurgiens-dentistes.

Eldred. Dent artificielle avec pivot de fixation et sa fabrication.

Stock. Injecteur.

Levkourez. Tube buccal pour l'éjection de la salive.

Gautier. Insufflateur électrique.

Le Faguays. Produit plastique destiné à la fabrication des appareils chirurgicaux.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Henri Borkowski, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la perte de son fils Henri, décédé à l'âge de 17 ans.

Nous adressons à notre confrère nos très sincères condoléances et l'expression de notre sympathie.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris le 3 décembre prochain.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Dehogues, membre de l'A. G. S. D. F., démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé chef du service dentaire de la Croix-Rouge à Paris (Union des femmes de France).

Nous lui adressons nos félicitations.

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du corps enseignant de l'E. D. P. s'est réuni le 19 octobre.

Après lecture du procès-verbal et de la correspondance il a procédé au renouvellement de son bureau et de la Commission permanente en réélisant les membres sortants, savoir :

Bureau : MM. Godon, *président* ; Desgrez, *vice-président ;* L. Lemerle, *vice-président ;* Blatter, *secrétaire général.*

Commission permanente : MM. L. Camus, Cousin, J. d'Argent, G. Robin.

Il s'est occupé ensuite du programme d'enseignement du stage et de la scolarité.

Il a reçu communication des investitures et du rapport du conseil de famille au sujet de mesures disciplinaires à prendre à l'égard de membres du corps enseignant, mesures au sujet desquelles il a émis un avis favorable.

Association des professeurs des écoles dentaires.

L'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique s'est réunie le mardi 24 octobre, à 8 heures 1/2 du soir, à l'Ecole odontotechnique, en assemblée générale ordinaire.

Elle a procédé à l'élection du Conseil d'administration, qui est maintenant ainsi composé : E. D. P., MM. Roy, J. d'Argent, Martinier ; E. O., MM. Bruel, Siffre, Franchette ; E. D. Lyon, MM. Pont, Soulard, Vichot.

L'assemblée a ensuite discuté diverses questions relatives à l'exécution du décret du 11 janvier 1909, au stage, aux examens de chirurgien-dentiste et de validation du stage et à la composition du jury de ces examens.

Le Conseil d'administration s'est réuni le mardi 31 octobre à 6 heures du soir et a procédé à l'élection de son bureau, qui a été ainsi constitué :

Président : M. J. d'Argent.
Vice-présidents : MM. Bruel, Pont.
Secrétaire : M. Roy.
Trésorier : M. Martinier.

Changement de rédaction.

Notre confrère M. Emile Steinschneider est chargé dorénavant de la rédaction de l'*Osterreichische Zeitschrift für Stomatologie*, qui se publie à Vienne.

Ecole dentaire de Zurich.

Le Conseil cantonal de Zurich a voté un crédit de 185.000 francs pour l'installation d'une école dentaire dans l'immeuble récemment acquis par le canton.

13e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PONT A MORTAISES CLAVETTE SUR BAGUES FENDUES

PAR H. LÉGER-DOREZ.

(Communication à la Société d'Odontologie, 7 novembre 1911.)

La première fois que nous avons eu l'honneur de parler devant votre Société d'Odontologie, il y a bien longtemps, et bien peu d'entre vous s'en souviennent, c'était le 14 décembre 1897, pour une communication démonstrative intitulée : *Nouveau procédé d'obturation des dents au moyen de blocs de porcelaine fondus dans le moule de la carie à obturer*[1]. Ce procédé, à cette époque très combattu, a eu, et nous en sommes un peu fier, une heureuse carrière. Aujourd'hui, 7 novembre 1911, pour la seconde fois, nous venons vous apporter le fruit d'un travail très personnel et très spécial exécuté en or coulé avec le merveilleux instrument imaginé par notre ami Solbrig. Cette communication portera sur les sujets suivants :

A. — BAGUES FENDUES EN OR COULÉ.
B. — PONT A MORTAISES CLAVETTE SUR BAGUE FENDUE.
C. — DENT A VERROU.

Le type de pont que nous allons décrire est une conception nouvelle qui, s'il ne détruit pas entièrement le bridge-work ordinaire, en réduira sensiblement l'emploi. C'est le

1. H. Léger-Dorez. *Société d'Odontologie*, séance du 14 décembre 1897.
» *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 31 oct. 1898.
» *Monde* et *Progrès Dentaire*, 1897 et avril p. 144, 145, 146.

pont à proprement parler, mais un pont rationnel, permettant son adaptation à un cas divergent ou convergent quelconque, sans faire subir aux organes de support la plus petite mutilation.

Ce qui augmentait la difficulté dans le placement d'un bridge-work rigide devient un avantage avec notre système. Si les dents de support n'étaient pas fortement accidentées dans leurs formes, nous demanderions qu'elles le fussent, car plus elles le seront, plus notre nouveau pont acquerra de solidité. Avec l'ancien bridge rigide, c'était tout le contraire; la meule était chargée d'abattre toutes saillies, de cônéifier les organes de support; avec celui-ci *on mutilait pour réparer ;* avec notre méthode, *on répare sans mutiler.* Le bridge ordinaire est le passé. Le pont claveté sur bagues fendues est l'avenir [1].

A la suite d'un article paru sur ce sujet dans le *Bulletin du Cercle Odontologique* [2] et reproduit aimablement en commentaire dans un autre journal professionnel [3], nous avons reçu un certain nombre de lettres demandant des renseignements précis accompagnés de dessins, permettant d'un coup d'œil de vaincre les difficultés des premiers essais dans l'exécution des ponts clavetés sur bagues fendues. Nous profiterons de l'honneur que vous nous faites de nous écouter pour établir une technique définitive qui sera en même temps une communication démonstrative.

Avant toutefois d'entrer dans le vif de notre sujet, nous nous permettrons de donner quelques conseils relatifs à la prise des empreintes et d'essayer de décrire aussi simplement que possible le modelage en cire des bagues fendues. Nous commencerons donc par prendre l'empreinte qui présente ici une certaine particularité.

Au moment d'introduire le plâtre dans la bouche, nous coïnçons entre les dents qui devront porter les bagues et leurs voisines une mince bandelette d'or à 22 au 5 d'épais-

1. *American Dental Club of Paris*, séance du samedi 7 octobre 1911.
2. *Bulletin du Cercle Odontologique de France*, 7 juillet 1911.
3. *Laboratoire et Progrès dentaire réunis*, 12 octobre 1911.

seur, percée de petits trous à l'emporte-pièce (fig. 1). Ces bandes ont pour objet de réunir les deux croissants des bagues, afin qu'elles n'aient qu'une solution de continuité (fig. 2) du côté du fermoir F.

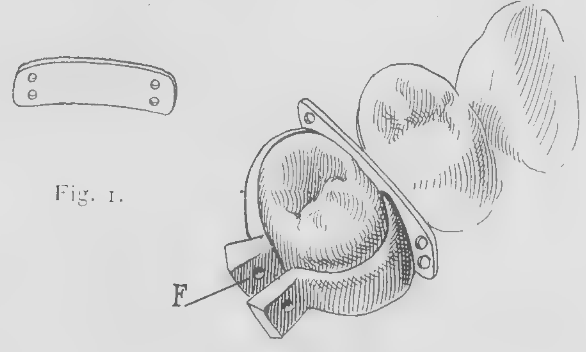


Fig. 1.

Fig. 2.

Comme ces bandelettes d'or ont été, ainsi qu'on l'a vu plus haut, placées entre les dents comme on le ferait avec une lime à séparer, ces mêmes bandelettes se trouvent entraînées dans l'empreinte au plâtre lorsque celle-ci est détachée de la bouche. Après avoir fait tremper une demi-heure l'empreinte dans l'eau de savon, le modèle coulé se présentera porteur de la bandelette (fig. 1) placée entre les dents de coulée devant servir à l'établissement du pont A (fig. 3).

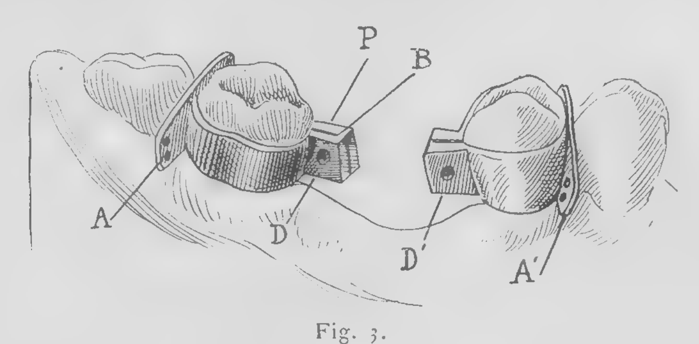


Fig. 3.

Le modèle séché lentement au feu est stéariné avec de la stéarine neuve et non brûlée, après quoi la préparation des bagues peut commencer.

La voici :

Le modèle nu est huilé avec soin, sans exagération, la

bandelette A (fig. 3) est enduite à ses extrémités perforées, d'un peu de cire résineuse à chaud, puis placée entre les dents.

Partant du point A à son autre extrémité, en contournant les faces linguale, distale et jugale, la cire spéciale coulée goutte à goutte forme un entourage qui, se réunissant aux extrémités de la bandelette d'or à 22, termine le cercle. Au centre de la face distale un pédicule de cire P est ajouté. Comme on le voit, sur la figure 3, la même opération est faite sur la prémolaire.

Dès que les deux bagues sont ainsi préparées, un trou est perforé, avec une épingle ordinaire légèrement chauffée, au centre des pédicules D, D' (fig. 3). Les bagues sont ensuite fendues verticalement au plan du modèle au centre B du pédicule, ce qui leur donne l'aspect de la fig. 4 et leur permet de s'écarter en laissant échapper aisément les rondes bosses des dents sur lesquelles elles ont été modelées.

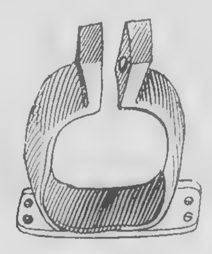


Fig. 4.

Dès que les bagues fendues ont été écartées, décollées en un mot du modèle, on les resserre et on les réapplique soigneusement, puis au moyen d'un petit bourrelet de cire on réunit les deux joues de la bague, comme l'anse d'un panier. Au milieu de cette anse est fixée la pointe de coulée; puis le tout est trempé dans un bol d'eau froide. En tirant doucement sur l'anse par l'intermédiaire de la tige de coulée, la bague se détache très facilement du modèle, entraînant la bandelette d'or pour être ensuite plantée sur le socle de coulée (fig. 5).

Cette technique nous paraît définitive, car l'anse adaptée à chacune des joues de la bague est indispensable pour

assurer le coulage de ses deux parties ; de plus elle favorise la séparation de la bague du modèle avec un maintien suffisant pour n'occasionner qu'un minimum de déformation.

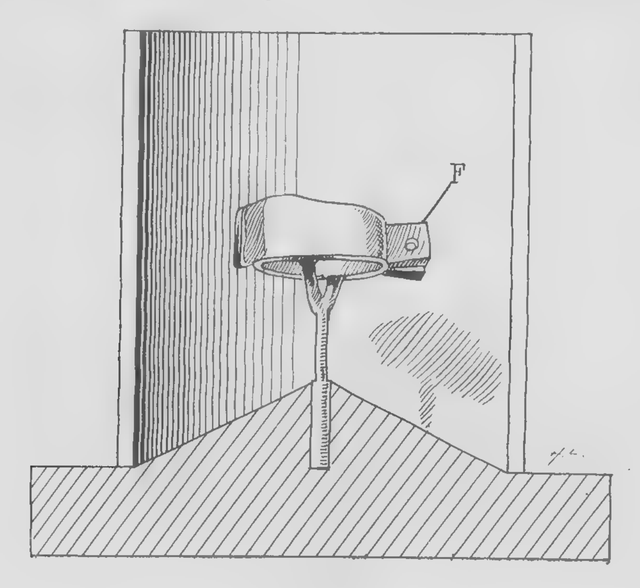


Fig. 5.

Supposons à présent les deux bagues extrêmes d'un pont coulées, débarrassées de l'anse de coulée, nettoyées, polies, les deux fermoirs F (fig. 5) de chacune des bagues sont rapprochés l'un de l'autre, tenus dans un petit étau à main et repercés avec un foret à hélice de bonne grosseur (fig. 6).

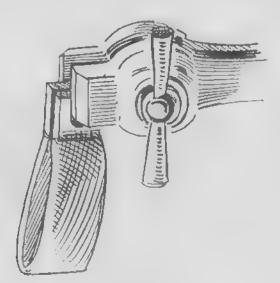


Fig. 6.

Il ne reste plus à présent qu'à placer chacune des bagues sur le modèle, à rapprocher les fermoirs à la pince plate et à les tenir absolument l'un près de l'autre au moyen d'un

petit fil de fer ou de soie A A′ (fig. 7) qui passe sous les fermoirs, entre ceux-ci et la gencive.

Comme ce fil de fer très mince tient fort peu de place, il est facile d'introduire deux tiges coniques, une dans chaque trou, comme celle qu'on aperçoit en A, A′ (fig. 7). Une ou deux épaisseurs de plomb en feuille sont placées en B entre la base des fermoirs des bagues et la gencive afin d'empêcher que la cire que l'on va ajouter ne passe sous ces derniers. Ce plomb a aussi pour objet de ménager un espace entre la gencive et la dent d'or montée en pont.

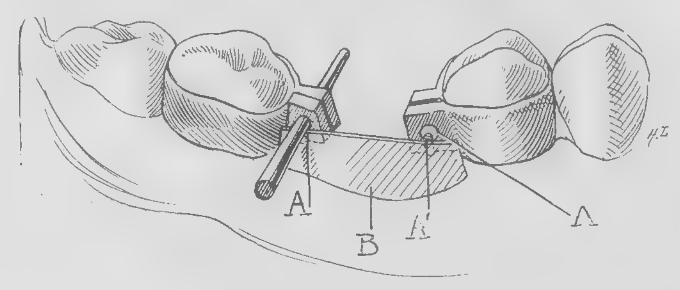


Fig. 7.

Dès que tous ces préparatifs sont terminés, l'ensemble est huilé, puis la cire spéciale est coulée goutte à goutte afin d'enrober les fermoirs et les tiges coniques et de constituer le tablier du pont, qui est ici la dent de remplacement. Pour essayer de faire comprendre le détail de ce montage, sur la figure 8 en A on voit le corps de la dent

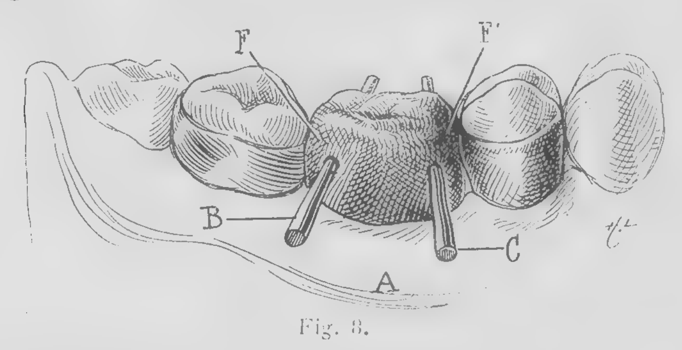


Fig. 8.

en selle sur les deux fermoirs des bagues fendues, F, F′ ; B, tige conique de fixage ; C, seconde tige de fixage.

Pour dégager le tablier du pont de l'ensemble sur lequel

il vient d'être monté, il suffit d'extirper les pointes coniques B, C, afin de les sortir complètement de la masse. La tige de coulée est plantée au centre de l'endroit le moins intéressant; puis le tout est plongé dans l'eau froide. Par un léger mouvement imprimé de droite à gauche sur la pointe de coulée, le tablier de cire se décolle et se trouve entraîné. Nous le reproduisons, fixé sur le socle prêt à être recouvert de revêtement fin (fig. 9).

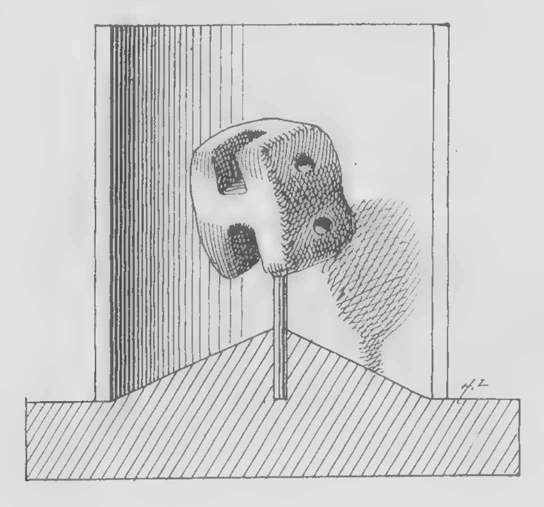


Fig. 9.

Cette pièce, comme les bagues, est coulée en or à 22 additionné d'un peu d'or à 18 pour combattre la cristallisation du métal en diminuant la pureté de celui-ci.

Le nettoyage de la pièce coulée, ainsi que son polissage, demandent peu de temps, après quoi cette dent est glissée sur les fermoirs des bagues, et quand tout est bien en place, le même foret à hélice qui a servi à repercer les trous dans les bagues est passé à travers l'ensemble des trous ; ensuite les pointes coniques sont à leur tour ajustées à frottement lisse. L'ensemble du travail terminé, nous pouvons voir le pont remonté hors du modèle dans la fig. 10.

Pour le placement dans la bouche, le pont est démonté, les dents de la bouche sont lavées à l'alcool et au chloroforme afin d'être dégraissées; elles sont ensuite maintenues sèches

par la digue ou par tout autre moyen ; l'intérieur de chaque bague est enduit de ciment Harward, puis rapidement enfoncée à bonne place, et les fermoirs sont rapprochés vigoureusement à la pince coudée. Le tablier du pont qui a reçu dans ses mortaises du ciment est placé, puis enfoncé sur les fermoirs qui sont maintenus à bonne hauteur par une lame de spatule passée entre la gencive et le tablier. Deux courtes épingles préalablement huilées sont enfoncées dans chaque trou pour attendre le durcissement complet du ciment.

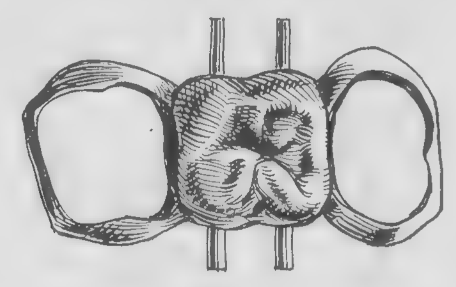


Fig. 10.

Dès que le ciment est entièrement durci, les épingles sont enlevées. Monté sur l'angle, un court foret à hélice de la grosseur des goupilles coniques de fixage est passé dans les trous, après quoi chacune de ces goupilles préalablement trempée dans une dissolution de gutta et chloroforme, est enfoncée et forcée à fond. Sitôt la gutta solidifiée, les pointes sont coupées à la fraise à fissure, puis égalisées à la meule. Ce pont, exécuté en beaucoup moins de temps qu'il ne nous en a fallu pour le décrire, donnera à son auteur, s'il l'a scrupuleusement réalisé d'après notre méthode, la plus entière satisfaction avec le minimum de fatigue et de gêne pour le patient.

Nous formulerons ici sur le travail en métal coulé une série de recommandations afin d'éviter les nombreux échecs que des praticiens peu expérimentés nous signalent à chaque instant, recommandations dont on ne devra s'éloigner sous aucun prétexte.

La préparation de toutes les cires destinées à être mutées en or *doit être faite à la loupe.*

Les épaisseurs doivent être absolument rigoureuses.

La cire employée propre et spécialement préparée à cet effet.

Les revêtements de fantaisie doivent être écartés.

L'instrumentation doit être convenable.

Les cires doivent être lavées à l'alcool avant le revêtement.

L'or employé doit être *neuf, ou régénéré, et propre.*

La coulée ne doit s'effectuer que quand le cercle a subi la durée de brûlage réclamée par la méthode, et quand l'ensemble du moule est rouge flamboyant.

Le couvercle de la presse ne doit être abaissé, fermé et appuyé moelleusement que quand le métal est rouge blanc brillant.

Les rondelles d'amiante doivent être neuves, sans fractures, et bien imbibées d'eau propre. Enfin, l'or ne doit rencontrer sur son passage, de l'instant où il cesse d'être solide pour passer à l'état liquide, qu'un chemin tracé sur du revêtement fin. Proscrire le borax.

Avant de terminer cette trop longue causerie, veuillez nous permettre de retenir votre attention sur une modification que nous avons cru bon d'apporter à l'appareil que nous venons de décrire. Cette modification, encore inédite, porte exclusivement sur la manière de fermer les bagues fendues, sans toutefois en modifier sensiblement le principe.

Dès que les fermoirs des bagues hors du modèle sont rapprochés, nous agrandissons le trou qui se trouve placé le plus près de la joue, c'est-à-dire l'externe, pendant que dans l'autre nous faisons passer un taraud de la grosseur de petites vis d'or platiné préparées à l'avance A B (fig. 12). On comprendra tout de suite l'avantage de ce procédé, qui permet de serrer complètement, au moyen du tournevis (fig. 11), les bagues sur les dents jusqu'à ce que la solution de continuité n'existe pour ainsi dire plus. La confection du tablier du pont est très facilitée de ce chef; de plus, si l'on a soin de préparer les fermoirs en forme de queue d'hirondelle, le bloc tablier du pont n'aura plus besoin d'être claveté, une simple adjonction de ciment suffira pour

le sceller sur les queues d'hirondelle. Cette modification permettra de maintenir le pont mobile, si le patient désire facilement le nettoyer, inamovible si le porteur intelligent peut dans sa bouche même assurer le nettoyage avec des fils.

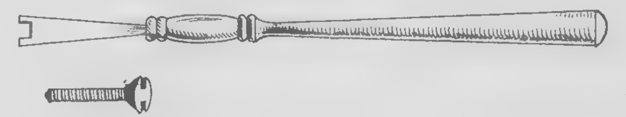


Fig. 11.

Les bagues fendues vissées seront d'un emploi plus agréable au moment du fixage dans la bouche. En effet, les bagues enduites de ciment seront placées et resserrées à fond par la vis dissimulée dans l'épaisseur des fermoirs, cela en complète indépendance l'une de l'autre.

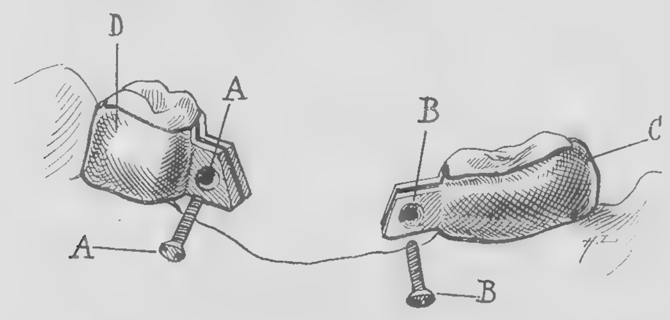


Fig. 12.

Après nettoyage, c'est-à-dire après avoir débarrassé chacune des bagues de l'excès de ciment ayant fusé lors de la fermeture, on pourra attendre le complet durcissement de celui-ci, et enfin placer le pont au moment opportun, le laisser amovible ou le fixer soit à la gutta, soit au ciment (fig. 13).

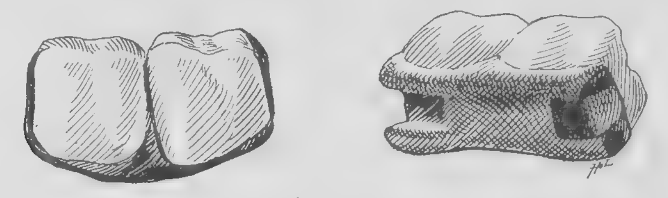


Fig. 13.

Nous attirons particulièrement l'attention de nos confrères sur cette heureuse modification et nous sommes heureux de la leur signaler.

CHANGEMENTS PATHOLOGIQUES DES MAXILLAIRES AYANT POUR RÉSULTAT DES DENTS INCLUSES ET AUTRES TROUBLES, AU POINT DE VUE DE L'EMPLOI DES RAYONS X POUR LE DIAGNOSTIC

Par M. H. CRYER, de Philadelphie.

(Communication à l'Association dentaire britannique, 1911.)

La déformation, l'inclusion et la malposition des dents doivent non seulement être étudiées comme des affections morbides par elles-mêmes, mais être considérées comme des symptômes de troubles pathologiques antérieurs qui se sont manifestés, entre autres, par ces anomalies. On doit connaître l'histoire du développement de la face, ainsi que de chaque dent séparément, pour retrouver la période de l'état pathologique primitif qui a amené la difformité en résultant. Il arrive fréquemment qu'il peut se produire en même temps d'autres troubles faciaux susceptibles d'être indiqués et retrouvés si l'on connaît la parenté entre la lésion pathologique initiale et ses diverses manifestations.

Il est impossible de porter un diagnostic précis des nombreuses maladies obscures liées à la face sans connaître exactement l'anatomie de la tête, même pour chaque dent séparément. Cette connaissance doit comprendre les caractéristiques de l'anatomie aux diverses époques de la vie et l'effet de l'état pathologique primitif de l'anatomie des dents, des mâchoires et de la face en général.

Parmi les troubles pathologiques généraux qui amènent une déformation ou un retard d'éruption des dents, il faut mentionner la syphilis, les fièvres éruptives (fièvre scarlatine et rougeole), ainsi que des troubles de nutrition. Parmi les causes locales citons l'inflammation des maxillaires causée par des dents cariées ou autres troubles, la déformation des arcades, etc. Le développement des mâchoires et le mouvement des dents se font en avant ; par suite tout ce qui en-

trave ce développement et ce mouvement amène une déformation des arcades, des irrégularités de position, un retard d'éruption, l'inclusion des dents et la déformation des racines. Un exanthème aigu peut entraver le développement en causant un dépôt excessif de sels de chaux, qui amène une hyperplasie, laquelle peut être générale ou localisée dans l'os atteint.

Les racines des dents mal placées ont souvent une courbure anormale ou sont pressées l'une contre l'autre, comme dans les molaires. Il n'y a pas de racine qui soit courbée ainsi brusquement ; elles se forment ainsi pendant le processus de développement.

L'augmentation de la densité de l'os empêche les dents de prendre leur position normale ; de plus, les vaisseaux et les nerfs sont comprimés, ce qui amène une mauvaise nutrition locale et un malaise général, qui n'est pas toujours assez grave pour être qualifié de névralgie ou de migraine, quoiqu'il puisse être assez grand pour empêcher l'exécution de tout travail intellectuel.

L'inflammation de la membrane péridentaire s'étendant au procès alvéolaire peut être produite aussi par une augmentation locale de la densité osseuse. Le tissu résorbé, au lieu d'être spongieux et élastique, devient dur et solide. Cet état, consécutif à la carie de la première molaire permanente peu après son éruption, est parfois une cause d'inclusion de la 3e molaire. Les effets de la déformation des arcades sur l'éruption et la position des dents sont bien connus. Un traumatisme grave du maxillaire peut causer un dépôt de sels de chaux, ce qui favorise l'inclusion. Un coup violent sur le menton pendant l'enfance a amené l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, ce qui a causé un arrêt de développement du maxillaire et a laissé un espace insuffisant pour l'éruption de toutes les dents. L'extraction précoce des dents temporaires ou le manque de cette extraction en temps voulu peuvent amener la malposition des dents permanentes, qui, à son tour, entraîne l'inclusion des dents qui n'ont pas fait éruption. Le manque d'incision des gen-

cives en cas de retard dans l'éruption des dents temporaires est également une cause fréquente de densité anormale du tissu résorbé du maxillaire.

Les dents incluses peuvent ne pas donner lieu à des troubles, mais d'ordinaire elles causent des troubles locaux sérieux et souvent des troubles généraux s'étendant au loin.

Une troisième molaire incluse peut presser la couronne de la deuxième et amener la carie de cette dent ou devenir elle-même le siège d'une carie autour du point de contact. Avant que la dévitalisation de la pulpe se produise dans ces cas, il peut survenir une névralgie grave du trijumeau. Si la cause locale n'est pas reconnue, cela peut même entraîner des opérations sérieuses et dangereuses du ganglion de Gasser. Il ne faut pas opérer une névralgie de ce genre sans rechercher la cause locale possible par tous les moyens dont nous disposons. La névralgie peut être causée autrement par la pression des racines de la dent incluse sur le nerf dentaire inférieur. En outre, l'irritation causée par une dent incluse peut amener une condensation de l'os environnant avec pression sur le nerf dentaire inférieur et ses branches qui se ramifient dans l'os.

Une injection dans une pulpe dévitalisée par une dent incluse dans le maxillaire supérieur peut passer dans le sinus et dans d'autres cavités ; une 3e molaire inférieure incluse, en voulant faire éruption, cause souvent une cellulite qui s'étend dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire, ce qui amène une ankylose aiguë.

Il a été établi que les dents incluses et que l'état pathologique antérieur de l'os peuvent être la source de troubles du système nerveux. Upson, de Cleveland, a soutenu récemment que les dents incluses sont souvent la cause directe de certaines formes de folie, notamment la démence précoce et la mélancolie, bien qu'elles ne causent aucune douleur ni d'autres symptômes locaux et qu'un grand nombre de cas de folie aient été guéris ou améliorés par l'extraction de dents incluses. Une étude complémentaire est nécessaire

pour accepter cette assertion. Une expérience personnelle de plusieurs années me permet de citer la guérison des troubles sérieux du système nerveux par l'extraction de dents incluses.

Le diagnostic de beaucoup d'états de la bouche et même de la structure osseuse de la face est relativement aisé par la simple inspection. Le caractère général de la partie d'une dent qui a fait éruption, sa position, la solidité avec laquelle elle tient dans le procès alvéolaire peuvent être étudiés avec un miroir à bouche et quelques instruments, si le praticien a une connaissance complète de l'anatomie normale et pathologique de cette région. Il en est de même de l'emploi des rayons X pour le diagnostic des maladies les plus obscures. Quelque bon que soit le cliché radiographique, il ne sert à rien si le lecteur ne peut distinguer l'état pathologique de l'état normal, ce qui exige qu'il connaisse les nombreuses déviations de l'anatomie typique qui peuvent exister même à l'état normal.

Les rayons X ont une grande valeur si on les emploie concurremment avec d'autres moyens pour le diagnostic de bien des anomalies dentaires, de la structure osseuse, de la forme du sinus maxillaire et d'autres cavités de la face. Il y a bien des cas qu'il serait impossible de comprendre sans les rayons X, pour connaître le siège de l'anomalie ou de l'état morbide. Des patients souffrant de névralgie grave ont été traités sans succès parce qu'on ne soupçonnait pas de cause locale ou bien parce que les symptômes étaient attribués à des causes éloignées, tandis que la radiographie révélait une dent incluse ou un autre état pathologique, dont la disparition amenait un soulagement immédiat et permanent.

Le cas le plus commun de douleur dans la région maxillaire où les rayons X sont d'une grande utilité pour le diagnostic est celui de la dent incluse. Quelquefois elle a fait éruption partiellement et peut être vue ; mais souvent elle est entièrement couverte par la gencive ou l'os et sa présence n'est révélée que par la radiographie. Dans le cas de

la troisième molaire inférieure, l'opportunité de l'avulsion de la dent incluse ou de la dent voisine est souvent démontrée par une bonne radiographie. Ainsi quand les rayons X montrent que la dent adjacente a été endommagée et que la dent incluse pourrait aisément faire éruption pour prendre sa place, l'extraction de la première serait indiquée et une seule dent serait sacrifiée, au lieu de deux.

La radiographie éclaire également le diagnostic quand le patient est dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche et qu'on ne peut examiner les parties par les moyens ordinaires.

Les malpositions ou malformations des racines des dents qui ont fait éruption, l'inflammation de l'os, l'abcès radiculaire, l'augmentation locale de la densité de l'os, les néoplasmes, les dents surnuméraires enkystées dans le maxillaire, les malformations des maxillaires, l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire sont aisément découverts à l'aide des rayons X. Le développement secondaire de dentine formée dans la cavité pulpaire, à la suite d'une irritation chronique, peut être vu aussi par la radiographie. L'inflammation des cavités de la face, notamment des sinus frontaux et maxillaires, est souvent bien visible avec la radiographie, et les résultats du traitement peuvent être montrés en éclairant l'opacité de la région des sinus dans une radiographie subséquente.

Les dents sont souvent lésées et leurs racines quelquefois brisées dans les fractures du maxillaire ; les rayons X jouent alors un rôle important au point de vue du traitement et de la marche du processus de réparation.

L'emploi des rayons X dans le diagnostic de ces cas est si satisfaisant que le secours qu'ils apportent ne saurait être trop vivement recommandé dans tous les cas où une cause cachée est possible.

REVUE DES REVUES

LA CHLOROFORMISATION DANS LES INTERVENTIONS SUR LES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES[1]

Par P. Blanluet,

Assistant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis longtemps l'attention a été attirée sur les difficultés et les dangers de la chloroformisation dans les interventions bucco-pharyngées : en pareil cas, les inconvénients de l'anesthésie générale sont tels que certains chirurgiens renonçaient jadis au chloroforme (Verneuil, Krönlein), et qu'à l'heure actuelle ces interventions ne sont parfois exécutées que sous une demi-narcose. De tels opérés pourtant ont droit à une anesthésie générale réelle ; rappeler les efforts tentés dans ce but, efforts aussi anciens que les anesthésiques, n'est certes pas un sujet nouveau ; mais il n'est pas sans intérêt de rechercher si le procédé habituel de chloroformisation, ou si les techniques spéciales qui ont été proposées, permettent au chirurgien de procurer à son opéré le bénéfice d'une anesthésie complète et inoffensive.

I. — Technique habituelle de chloroformisation.

I. Exposé. — Dans les interventions sur les voies aériennes supérieures, lorsqu'on administre le chloroforme par la technique ordinaire, on doit procéder de la façon suivante :

L'anesthésie est commencée et obtenue avec l'appareil de Ricard.

Dès qu'elle est complète, l'appareil est abandonné, car l'anesthésie sera ensuite continuée à la compresse, et l'on met en place un ouvre-bouche, soit celui d'O'Dwyer, soit celui de Doyen, qui est facile à manier, assez stable, et peu gênant par suite de l'application exacte de ses branches sur la joue du côté opposé à l'opérateur. Cette mise en place est-elle rendue difficile par l'existence d'une contracture des mâchoires, on insinue momentanément entre les dernières molaires un ouvre-bouche à mors plats, qui permet d'écarter les arcades dentaires et d'appliquer l'ouvre-bouche définitif. Remarque capitale, l'ouverture buccale sera modérée, sous peine d'incidents tels que cyanose, apnée. L'emploi de la pince à langue n'est pas toujours indispensable.

---

1. Sous le terme voies aériennes supérieures, nous comprenons bouche, nez, naso-pharynx, pharynx ; l'anesthésie générale au cours des opérations laryngées n'a pas été envisagée ici.

C'est seulement quand le malade est profondément endormi, et quand l'ouvre-bouche est mis en place, que l'opération doit commencer ; le chloroformisateur s'éloigne alors du champ opératoire, surveillant les dimensions de la pupille et l'état du réflexe cornéen. Dès qu'apparaissent les premiers signes du retour de la sensibilité, les manœuvres opératoires sont suspendues, et à l'aide de la compresse l'anesthésie endort de nouveau le malade très complètement, pour le laisser ensuite au chirurgien. Ainsi se succèdent alternativement les phases opératoires et les phases anesthésiques, et c'est le chloroformisateur qui doit décider de l'opportunité et de la durée des temps opératoires, le chirurgien lui cédant la place « aussi souvent et aussi longtemps qu'il est utile » (Bugeau [1]).

II. Inconvénients. — 1° Cette *chloroformisation intermittente* est défectueuse : de temps à autre le malade se réveille, d'où efforts de toux, hémorragie gênante, parfois vomissements qui souillent le champ opératoire ; elle est en outre dangereuse, car, au lieu de maintenir constamment l'opéré sur le seuil de l'anesthésie, on l'endort très profondément à chaque phase anesthésique, d'où fréquence des alertes.

Sans doute on a cherché à réaliser l'anesthésie continue en maintenant au-devant de la bouche du patient, pendant les périodes opératoires, une éponge imbibée de chloroforme et fixée à l'extrémité d'une pince. En réalité, ce procédé est illusoire ; et les interruptions de l'anesthésie, nécessitées non seulement par l'acte opératoire, mais encore par les mucosités sanguinolentes qui encombrent la cavité buccale et que le chloroformisateur doit éponger, rendent la narcose mauvaise et augmentent la durée de l'intervention.

2° Le *chloroformisateur gêne l'opérateur* et frôle sans cesse les mains aseptiques du chirurgien ou de son aide. Il est évident qu'il doit se laver les mains avec le même soin que l'opérateur lui-même, que les compresses, les instruments dont il se sert (ouvre-bouche, pince à langue, porte-éponges, flacon de chloroforme) doivent être stérilisés et disposés dans un plateau aseptique. Il n'en reste pas moins vrai que l'anesthésiste et le chirurgien, malgré toute leur attention, ayant besoin de la même région, s'embarrassent mutuellement.

3° L'*hémorragie*, qui accompagne les interventions bucco-pharyngées, menace à chaque instant d'*envahir les voies aériennes*, privées par le sommeil chloroformique de leurs réflexes de défense ; il en résulte immédiatement des menaces d'asphyxie, et secondairement des complications pulmonaires ; c'est, en effet, à la pénétration de sang

---

1. Bugeau. — « De l'anesthésie générale en oto-rhino-laryngologie ». *Thèse*, Paris, 1911.

dans la trachée qu'est due la fréquence après ces interventions, des pneumonies, dont on connaît l'influence sur la mortalité opératoire (statistiques de Barket [1], Poirier, Latarjet [2]).

II. — Techniques spéciales.

Les difficultés et les dangers de la chloroformisation tiennent donc aux interruptions de l'anesthésie, à la pénétration de sang dans les voies aériennes, et à la présence du chloroformisateur au niveau du champ opératoire.

Aussi a-t-on cherché à substituer au procédé habituel d'anesthésie des techniques spéciales : *a*) pour obtenir une narcose continue ; *b*) pour éviter la pénétration de sang dans la trachée ; *c*) pour administrer le chloroforme à distance.

I. POUR OBTENIR UNE CHLOROFORMISATION CONTINUE. — La voie buccale ne permettant pas une narcose continue, on a tenté de réaliser cette dernière par voie nasale, ou encore par création d'une bouche soit trachéale, soit laryngée, ou enfin par voie endo-laryngée.

1° *Voie nasale.* — On a essayé de pulvériser des vapeurs chloroformiques dans les fosses nasales [3]. Mais ce procédé est irritant pour la muqueuse pituitaire ; en outre, dans cette chloroformisation par voie nasale, le malade, qui a la bouche ouverte, respire très peu par le nez, le courant respiratoire s'établissant par la bouche ; aussi dort-il très mal ou pas du tout.

2° *Création d'une bouche trachéale ou laryngée.* — A. *Trachéotomie.* — *a*) Dans le but d'administrer le chloroforme sans interruption, la plupart des chirurgiens recommandaient jadis la trachéotomie préventive, qui, pratiquée d'abord par von Nüssbaum, puis par Below [4], fut perfectionnée par Trendelenburg.

Quand le malade avait été endormi par le procédé habituel, on faisait une trachéotomie, et l'anesthésie était continuée par la canule trachéale.

b) Bientôt cette trachéotomie préventive fut accusée, avec raison, de favoriser les pneumonies de déglutition et fut abandonnée par la plupart des opérateurs (Krönlein, Kocher, J.-L. Faure) ; c'est une intervention supplémentaire, qui augmente le shok opératoire, à tel point qu'on a proposé de la faire quelques jours à l'avance comme temps préparatoire, et loin de garantir contre l'infection pulmonaire suivant la pensée de ses promoteurs, « elle en est une cause presque fatale » (Bourgeois [5]).

1. BARKET. — *The Lancet*, 1879, t. II, p. 239 et 269.
2. LATARJET. — *Thèse*, Lyon, 1905-1906.
3. E. LUMBARD. — « Anesthesia in Heat Surgery ». *Harlem medical Association*, May 14, 1910.
4. BELOW. — *Allgem. med. Centralzeitung*, 1870, n° 13.
5. BOURGEOIS. — « Précis de Pathologie chirurgicale », p. 493.

B. *Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.* — *a*) Le traumastime opératoire, sérieux pour la création d'une bouche trachéale, est nul si l'on pratique une bouche laryngée. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, utilisée d'abord par Butlin, a été améliorée par Poirier [1], qui l'a adoptée dans les interventions pour cancer de la langue.

Quand le malade a été anesthésié avec l'appareil de Ricard, on sectionne la peau, puis on ponctionne la membrane inter-crico-thyroïdienne à l'aide de la canule Butlin-Poirier ; celle-ci se compose d'un mandrin dont le bout ovoïde est aiguisé en trocart, et d'une canule dont la forme aplatie s'adapte exactement à l'espace inter-crico-thyroïdien. Cette ponction directe de la membrane à l'aide de la canule-trocart évite toute pénétration de sang dans la trachée, comme cela pourrait se produire si, suivant la technique de Butlin, on introduisait un dilatateur dans l'incision de la membrane, avant la mise en place de la canule.

b) La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne échappe aux reproches justifiés que l'on a faits à la trachéotomie : elle ne détermine pas l'entrée dans les voies aériennes d'une goutte de sang ; grâce à la situation superficielle de la membrane inter-crico-thyroïdienne, grâce à la netteté des points de repère, elle est d'une facilité remarquable ; elle n'allonge en rien l'acte opératoire, puisque c'est l'affaire de quelques secondes.

On l'a bien accusée de provoquer l'infiltration dure des cordes vocales (Moure [2]), la raideur des articulations du larynx et par suite des troubles de la phonation (Gouguenheim [3]) ; ce sont là des objections théoriques, et la vérité est qu'elle constitue une simple ponction inoffensive, qui permet une anesthésie régulière avec une respiration calme et tranquille.

3° *Voie endo-laryngée.* — Cette méthode se propose de faire arriver les vapeurs chloroformiques directement à l'intérieur du conduit laryngo-trachéal.

A. *Sondes intra-laryngées.* — A cet effet, Thomas, Annandale [4], Maydl, introduisent dans le larynx une simple sonde en gomme qui sert à conduire les vapeurs anesthésiques. Mais celle-ci constitue une sorte de drain, le long duquel descendent salive et sang, d'où danger de pneumonies de déglutition.

B. *Appareil de Pierre Delbet.* — *a*) Pierre Delbet [5] a présenté en 1905, à la Société de Chirurgie, deux appareils « permettant d'admi-

---

1. Poirier. — *Société de Chirurgie*, 1905.
2. Moure. — *Congrès français de Chirurgie*, 1906, p. 768.
3. Gouguenheim. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1894, p. 263.
4. Annandale. — *Bristish medical Journal*, 2 mars 1889.
5. Pierre Delbet. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 554.

nistrer le chloroforme par inhalation tout en laissant libres la face entière et la plus grande partie de la bouche ».

La pièce principale, la même dans les deux appareils, coiffe l'orifice supérieur du larynx, aucune partie n'étant intra-laryngée ; logeant l'épiglotte dans sa cavité, elle prend point d'appui en avant sur le sillon glosso-épiglottique ; sur les côtés, ses bords se placent dans les gouttières latérales du pharynx ; en arrière, son bord inférieur descend sur la face postérieure du cricoïde. Les vapeurs anesthésiques sont amenées dans cette pièce principale par un système de tuyaux différents dans les deux appareils : dans l'un, cette tubulure a la forme d'un abaisse-langue creux ; dans l'autre appareil, moins encombrant, ce sont deux tuyaux latéraux contournant les piliers antérieurs du voile, se logeant ensuite entre les arcades dentaires et les joues, puis sortant par les commissures labiales qu'ils maintiennent écartées.

Dès que le malade est suffisamment endormi pour que le réflexe pharyngien soit aboli, on pousse directement d'avant en arrière la pièce principale ; quand elle a atteint la paroi postérieure du pharynx, elle est rabattue vers l'axe du pharynx à l'aide d'un doigt introduit entre l'instrument et le palais, et elle se place d'elle-même.

b) A l'aide de cet appareil, l'anesthésie se fait régulièrement et facilement ; on n'observe ni laryngite, ni trachéite, ni troubles pulmonaires consécutifs.

Mais cette méthode n'est applicable que dans certains cas et ne saurait convenir pour les interventions sur le pharynx.

C. *Appareil de Doyen.* — *a*) Pour faire arriver directement dans la trachée les vapeurs anesthésiques, Doyen[1] pratique un véritable tubage ; dans ce but, il utilise des tubes d'aluminium de forme cylindrique, dont il existe quatre modèles différents suivant leur diamètre ; leur extrémité inférieure se termine en bec de flûte ; à l'extrémité supérieure se fixe un tuyau de caoutchouc qui sort par la cavité buccale et conduit les vapeurs chloroformiques. Cet instrument est introduit dans le larynx au moyen d'une pince spéciale recourbée qui saisit le tube au niveau du collet ; il s'enlève, quand l'opération est terminée, par une traction sur le tube de caoutchouc.

b) Peut-être cet appareil aurait-il été moins vite abandonné, si on l'avait plus souvent essayé ; il est cependant incontestable que l'on éprouve souvent beaucoup de difficulté à maintenir le tube en bonne place, difficulté que l'on évite dans l'intubation transbuccale.

D. *Intubation trans-buccale de Kühn.* — *a*) L'*instrument* qui permet de réaliser cette méthode doit être aussi large que possible ; après de nombreuses expériences, Kühn (de Cassel) est parvenu à

1. Doyen. — « Traité de Thérapeutique chirurgicale », p. 314.

préciser exactement ses dimensions suivant l'âge et le développement de l'individu[1] ; mais pour un usage courant on peut se contenter des tubes suivants :

Diam., 9 mill. ; Lr, 11 c. 1/2, femmes et jeunes gens.
Diam., 10 mill. ; Lr, 13 c., hommes et adultes.

L'extrémité laryngée se termine en pointe mousse et, par suite de la forme triangulaire de la glotte, possède trois arêtes séparées par des fenêtres ; le reste du tube est constitué par des anneaux disposés en forme de spirale avec une partie plus saillante. L'extrémité externe, qui répond aux lèvres lorsque l'appareil est en place, possède un talon d'appui qui se place dans une commissure labiale. A l'intérieur de ce tube glisse très facilement un mandrin dont la courbure ne doit pas atteindre un angle droit ; la tête du mandrin est poussée jusqu'à la pointe du tube, et les trois arêtes de cette dernière sont disposées de telle sorte que l'une d'elles soit dirigée en avant.

Pour la *mise en place* de son appareil, Kühn préconise une injection préalable de morphine ou même de scopolamine-morphine. Le tube peut être introduit soit avant, soit après la narcose générale[2] ; dans le premier cas, on cocaïnise, comme pour une trachéobronchoscopie supérieure, successivement la base de la langue, le voile, la paroi postérieure du pharynx, puis, sous le contrôle de l'index, l'épiglotte et l'entrée du larynx ; cette anesthésie locale est facilement obtenue par quiconque procède avec méthode. Chez le malade endormi, l'introduction du tube est un peu plus difficile, parce que la langue est plus gênante et parce que les aryténoïdes et l'entrée du larynx sont moins accessibles au doigt. Après application de l'ouvre-bouche, l'index gauche est enfoncé dans le pharynx aussi profondément que possible, et recherche l'épiglotte, que sa situation, sa forme, sa consistance font reconnaître aisément ; l'extrémité de l'index se porte ensuite en arrière et plus bas, et se place sur la saillie formée par les cartilages aryténoïdes ; glissant devant l'index gauche ainsi placé, le tube pénètre infailliblement dans la cavité laryngée. L'index ne peut-il atteindre les aryténoïdes, on place le tube derrière l'épiglotte, et si l'on se maintient bien sur la ligne médiane en même temps que l'on attire vers soi l'extrémité du tube, on manque bien rarement l'entrée du larynx annoncée par un bruit spécial.

Le tube étant en place est retenu par l'index gauche, tandis qu'on retire le mandrin, puis il est *fixé ;* dans ce but, le talon extérieur est logé dans une des commissures labiales et est maintenu par deux tubes

1. Kühn. — « Technik der peroralen Tubage ». *Deutsche med. Woch.*, 1902, nº 33.
2. Kühn. — « Einführung in die perorale Intubation ». *Med. Klinik*, juillet 1908, nº 29.

de caoutchouc, dont l'un passe sur le menton et l'autre sur la racine du nez, le front et la nuque. Désormais, il n'y a plus à toucher à l'appareil pendant toute la durée de la narcose.

b) *Critique.* — L'intubation ne présente aucune difficulté si le mandrin a la courbure convenable et si sa pointe est dirigée en avant ; elle n'offre non plus aucun danger si la manœuvre est accomplie avec douceur. Le seul désagrément observé par Kühn est une légère irritation laryngée disparaissant au bout de quelques jours ; l'inexpérience du chloroformisateur ou la présence du tube dans le larynx pendant plusieurs heures peut produire quelques excoriations de la muqueuse sans importance, comme on en observe parfois au cours de la bronchoscopie supérieure.

Grâce à cette méthode, l'anesthésie est absolument régulière ; la liberté de la respiration est garantie, sans possibilité d'asphyxie ; la traction de la langue n'est nullement nécessaire, et il ne se produit ni nausée, ni vomissement.

II. Pour empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes.

1° *Position spéciale de l'opéré.* — *a*) Pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes, on peut avoir recours, dès le début de l'acte opératoire, à la position proposée par Rose [1]. La tête de l'opéré est attirée hors de la table, pendant naturellement et maintenue par un aide ; le sang s'accumule dans l'arrière-cavité des fosses nasales et s'écoule librement par les narines, sans pénétrer dans le larynx. L'opération terminée, le malade est remis progressivement dans la position horizontale.

b) Tout danger est ainsi écarté [2].

Mais si le sang n'a pas ainsi tendance à gagner les voies aériennes, cette position a de multiples inconvénients. Peut-être n'est-elle pas sans *danger*, surtout à partir d'un certain âge (expériences de Bœckel, de Weiss [3]).

Elle crée une *situation* tout à fait *anormale* de la tête, présentant la région opératoire dans une position qui nous est peu familière et qui modifie les rapports.

Elle amène la stase du sang veineux, *augmentant l'hémorragie*, et c'est pour éviter cette congestion veineuse intense que l'on a voulu lui substituer d'autres positions (Kocher, Morestin [4]).

---

1. Rose. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1874.
2. Jorry. — « Anesthésie dans les opérations de la face ». *Thèse*, Paris, 1880.
3. Weiss. — « De la chloroformisation la tête pendante par la méthode de Rose ». *Revue médicale de l'Est*, 1882. *Soc. méd. de Nancy*, 1881-1882.
4. Th. Denis. — « De la position de l'opéré pendant les opérations sur la tête et sur le tronc ». Paris, 1905.

Enfin, pour que les voies aériennes soient efficacement protégées, il est indispensable que les *liquides soient aspirés ou épongés ;* or, la présence d'une pompe aspiratrice encombre le champ opératoire déjà fort restreint ; d'autre part, la manœuvre des éponges et des tampons interrompt l'anesthésie et allonge la durée de l'acte opératoire.

2° *Canules-tampons.* — a) *Description.* — I. Le jour où la trachéotomie préventive fut mise en honneur, Trendelenburg[1] chercha à empêcher l'écoulement de sang dans les bronches par l'introduction dans la trachée d'une canule-tampon ; c'est une canule double, modèle Trousseau ; la canule externe porte un manchon de caoutchouc qui peut être gonflé au moyen d'un tube et d'une poire ; ce manchon dilaté s'applique exactement sur les parois de la trachée, et empêche le passage du sang. Lorsque, après anesthésie, la trachéotomie a été faite, et lorsqu'on s'est rendu compte du nombre de coups de poire nécessaire pour remplir le manchon de caoutchouc, on introduit la *canule de Trendelenburg* dans la plaie trachéale et on gonfle le manchon. La lumière de la trachée est ainsi obstruée dans l'intervalle qui sépare ses parois de la canule[2].

II. Au manchon gonflé d'air, Hahn a substitué une éponge très serrée, entourant complètement la canule externe, sauf sur une hauteur de 1 centimètre environ à l'extrémité inférieure. Cette éponge une fois mise en place se gonfle seule et obture la trachée.

L'anesthésie est ensuite continuée par cette *canule de Hahn*, comme par la canule de Trendelenburg.

b) *Inconvénients.* — I. Ces canules n'offrent *pas une barrière bien étanche*[3].

La canule de Trendelenburg est bien rarement appliquée d'une façon parfaite à la paroi trachéale, car il est fort difficile de calculer le volume que doit avoir le manchon : peu gonflé, il ne remplit pas son but ; trop gonflé, il distend les parois de la trachée et amène des accidents réflexes graves ; ou bien, fragile, il se rompt, donnant une fausse sécurité et laissant couler le sang. L'application même en est-elle parfaite, il reste entre le manchon et le pavillon de la canule un espace où s'accumulent les liquides.

La canule de Hahn met un temps très long à se gonfler, et son éponge finit par s'imbiber de liquides qui passent dans la trachée ; en outre, elle adhère aux parois de la trachée et on ne l'extrait qu'en dilacérant quelque peu la muqueuse ; enfin, comme elle est beaucoup plus volumineuse que la fente trachéale, à travers laquelle elle doit sortir, elle se trouve exprimée pendant son passage à travers cet

---

1. Trendelenburg. — *Centralblatt f. die med. Wissensch.*, 1871, n° 12 et *Berliner klin. Wochenscher.*, 1871, n° 19.

2. G. Laurens. — « Chirurgie oto-rhino-laryngologique ».

3. Moliné. — « Tumeurs du pharynx », 1907.

orifice, et les liquides dont elle est imprégnée tombent dans la trachée.

II. D'autre part, ces canules-tampons *nécessitant une trachéotomie* présentent les inconvénients de celle-ci. Aussi, en pratique, on constate qu'elles obturent mal la communication du pharynx avec la trachée et elles ne donnent que des résultats défectueux.

3° *Tamponnement du pharynx.* — *a*). Seul le tamponnement du pharynx procure une sécurité absolue [1]. Les arcades dentaires étant écartées et la langue attirée en avant, à l'aide de l'index on introduit derrière l'épiglotte l'extrémité d'une bande de gaz large de deux à trois travers de doigt, longue de cinquante centimètres environ ; progressivement, on la tasse aussi profondément que possible derrière le larynx, jusque dans l'œsophage ; puis on remplit les récessus pharyngolaryngés droit et gauche et l'orifice laryngé ; l'ensemble forme un tampon serré et compact. En général, il n'est pas nécessaire d'employer une deuxième bande, ni utile d'appliquer au-dessus de ce tamponnement permanent un tamponnement provisoire que l'on change de temps à autre.

b) Par ce procédé, on obtient une protection efficace des voies aériennes ; son emploi, extrêmement simple dans toutes les interventions qui portent sur les fosses nasales, le cavum, la bouche, les amygdales, est plus délicat, mais cependant possible, dans les pharyngotomies. Le tamponnement du pharynx peut être combiné, d'une part, avec la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ou l'intubation qui permettent d'obtenir une narcose continue, d'autre part avec les méthodes suivantes, qui permettent d'éloigner le chloroformisateur.

III. Pour donner le chloroforme a distance.

1° *Entonnoir de Trendelenburg.* — *a*) Après avoir introduit dans la trachée sa canule-tampon, Trendelenburg reliait l'extrémité externe de cette canule au moyen d'un tube de caoutchouc à un entonnoir recouvert de flanelle. C'est sur cette flanelle que le chloroforme est versé goutte à goutte, de sorte que le malade aspire de l'air chargé de vapeurs chloroformiques.

b) L'entonnoir de Trendelenburg permet donc, après une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ou une intubation trans-buccale, de continuer l'anesthésie à distance ; la surveillance de cette anesthésie est très facile grâce aux mouvements de la flanelle ; on peut même adapter à l'entonnoir une sonde acoustique qui fait percevoir les moindres modifications dans le rythme ou l'intensité des mouvements respiratoires.

---

1. Paul Delbet. — « De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans le traitement des cancers bucco-pharyngés ». *Paris chirurgical*, décembre 1909.

Maïs cet appareil n'est pas sans inconvénient. Le chloroforme, versé sur la flanelle, peut couler dans le tube, de là dans la trachée et les poumons, et Le Bec[1] a rapporté le cas d'un homme de quarante-deux ans, qui mourut ainsi en quatre jours de bronchite aiguë asphyxiante, due à la cautérisation des bronches par le chloroforme ; pour éviter cet accident, il est indispensable que l'entonnoir soit constamment maintenu plus bas que le cou du malade. Même quand le diamètre du tube est assez considérable, l'air se renouvelle mal à son intérieur, et c'est le même air qui va et vient dans l'appareil, et que le malade respire. Enfin, le chloroforme versé goutte à goutte sur la flanelle n'est pas administré d'une façon bien précise.

2° *Dispositif utilisant les appareils à chloroforme.* — Les inconvénients de l'entonnoir de Trendelenburg peuvent être évités, d'une part, en adaptant à un appareil de Ricard le tube de Kühn ou la canule de Butlin-Poirier, ce qui permet une distribution régulière de chloroforme, d'autre part, en établissant au voisinage du malade sur le tube de raccord du Ricard un orifice d'expiration, ce qui permet le renouvellement de l'air amené dans les poumons par chaque mouvement inspiratoire. C'est ce que réalisent les deux dispositifs suivants :

A. *Appareil de Sebileau.* — L'un de ces dispositifs, présenté par Sebileau[2] à la Société de Chirurgie, en novembre 1908, est constitué par un petit tube à trois branches :

La branche inférieure s'adapte à l'orifice de la canule Butlin-Poirier.

La branche moyenne communique par un tuyau de caoutchouc avec le tube d'aspiration du Ricard.

La branche supérieure remplace la soupape d'échappement du Ricard ; dans sa lumière se meut une soupape d'aluminium ; au moment de l'inspiration, sous l'action de la pesanteur et de l'air inspiré, cette soupape d'aluminium se ferme, tandis que l'air venu du Ricard et chargé de vapeurs chloroformiques pénètre dans les voies aériennes ; au moment de l'expiration, l'air expiré soulève facilement cette soupape placée au-dessus de l'orifice trachéal et s'échappe aisément. La soupape d'échappement du Ricard est, en somme, reportée près de la canule laryngée.

B. *Appareil de Lombard.* — L'ingénieux dispositif imaginé par Lombard laisse encore plus libre le champ opératoire. Une pièce coudée et très peu élevée s'emboîte à frottement dans la canule de Butlin-Poirier par l'une de ses extrémités ; l'autre extrémité reçoit un tube de caoutchouc de gros calibre, long de vingt-deux centimètres, qui arrive à la tubulure latérale d'un ajutage supportant la pièce à

1. Le Bec. — *Congrès français de Chir.*, octobre 1910.
2. Sebileau. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 1131.

respiration du Ricard et remplaçant le masque en caoutchouc ; cet ajutage est assujetti au moyen d'une baïonnette sur un support métallique léger en forme de croix que l'on appuie sur le thorax de l'opéré où l'on peut le fixer.

Grâce à cet appareil, où la soupape d'échappement, sans être au voisinage immédiat du larynx, en est peu éloignée, la région opératoire, même pour une pharyngotomie, est tout à fait dégagée, et la chloroformisation à distance est possible sans aucun inconvénient.

III. — Conclusions.

1° Somme toute, dans les interventions nasales et bucco-pharyngées, la chloroformisation à la compresse doit être réservée aux *opérations peu sanglantes et de courte durée.* En pareille circonstance, avec un malade bien préparé (alimentation hydro-carbonée les jours précédents, véronal la veille, injection de morphine le matin[1]), un « aide qui sait chloroformer[2] » peut obtenir une bonne narcose ; s'il n'attend pas le réveil complet du malade pour faire suspendre l'acte opératoire, s'il profite de tout instant où le chirurgien s'éloigne du champ opératoire pour avancer la compresse chloroformique, ne fût-ce que quelques secondes, il peut obtenir une anesthésie à peu près régulière.

2° Mais, s'agit-il d'une *chirurgie longue, sanglante ou difficile,* une technique spéciale de chloroformisation devient nécessaire. La narcose est commencée avec l'appareil de Ricard ; quand elle est complète, on a recours soit à l'intubation transbuccale suivant la méthode de Kühn, soit à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne : la première méthode est applicable à la majorité des cas ; la seconde est préférée si l'on doit laisser un tamponnement après l'intervention, ou si l'on craint des accidents dyspnéiques post-opératoires, que peut provoquer un œdème des replis aryténo épiglottiques, et que prévient le port de la canule pendant quelques jours.

Quelle que soit la voie d'administration du chloroforme, le chirurgien ou son aide procède au tamponnement du pharynx avant de commencer l'acte opératoire. Pendant toute la durée de ce dernier, l'anesthésie est continuée avec l'appareil de Ricard, relié à l'aide du dispositif de Lombard soit à la canule inter-crico-thyroïdienne, soit au tube de Kühn ; le bruit rythmique des soupapes rend aisée la surveillance de la respiration, tandis qu'un aide, placé près de la tête, renseigne le chloroformisateur sur l'état des pupilles ; si une alerte venait à se produire, il suffirait d'enlever le couvercle du Ricard, pour que le malade ne respire plus que de l'air. Deux particularités,

1. *La Presse Médicale*, 7 juillet 1909.
2. Lermoyez. — « Thérapeutique des maladies des fosses nasales. »

cependant, méritent de retenir l'attention : les vapeurs chloroformiques pénétrant directement dans la trachée, il peut être utile d'employer du chloroforme chauffé ; en outre, tout le chloroforme étant sûrement absorbé, il faut être très prudent et employer une dose d'anesthésique inférieure à la dose habituelle ; de fait, le plus souvent, les quatre trous du couvercle du Ricard peuvent rester ouverts ; en tout cas, « jamais ce couvercle ne doit être baissé de plus d'un tour de spire ».

Grâce à cette technique de chloroformisation, non seulement l'anesthésie est plus régulière, non seulement le chirurgien opère avec plus de tranquillité et plus d'aisance, mais encore la durée de l'intervention est raccourcie et le danger des pneumonies de déglutition est réduit au minimum, d'où amélioration du pronostic opératoire. Aussi est-ce à ce procédé de narcose qu'il convient de s'adresser dans les interventions graves portant sur le nez, le cavum, la bouche ou le pharynx, jusqu'au jour, du moins, où des procédés nouveaux, comme l'anesthésie par voie rectale ou par injection intra-veineuse, auront été reconnus suffisamment pratiques et inoffensifs pour entrer dans le domaine des réalisations.

(Presse Médicale, 7 octobre 1911.*)*

LA DENT DE SAGESSE

Par L. Dieulafé,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse,

et A. Herpin,

Dentiste de l'hospice national des Quinze-Vingts.

La dent de sagesse est de toutes les dents humaines celle dont l'étude offre le plus d'intérêt ; fréquemment absente, présentant aussi bien dans son évolution que dans sa structure, sa forme, sa situation, des anomalies multiples, des variations considérables suivant les individus et suivant les races, éprouvant les plus vives difficultés à effectuer une éruption toujours tardive, manifestant souvent sa présence par une série d'accidents plus ou moins graves, elle mérite d'être classée à part parmi les organes dentaires.

Né, d'après Morgenstern, d'un prolongement en arrière de la lame dentaire, l'organe adamantin de la dent de sagesse apparaît pendant la troisième année, l'organe de l'ivoire pendant la septième et l'apparition du chapeau de dentine a lieu vers la douzième année. Cependant elle n'effectue son éruption qu'après un intervalle assez long, en moyenne de vingt ou vingt-cinq ans, quelquefois beaucoup

plus tard, et quelquefois aussi cette éruption n'arrive pas à se produire pendant la vie de l'individu. Ce sont des conditions anatomiques qui imposent ce retard à son évolution : plus tôt en effet, le rebord alvéolaire ne serait pas assez étendu pour pouvoir la loger.

Primitivement les procès alvéolaires finissent en arrière au même niveau que la lame épithéliale dentaire et à ce niveau s'effectue le changement de direction de l'os qui donne naissance à une branche ascendante. La longueur de l'os augmente ensuite peu à peu, et successivement peuvent venir se placer sur le rebord alvéolaire, entre cinq et douze ans, les deux premières grosses molaires. Puis l'accroissement semble se faire moins rapidement, si bien que lors de l'âge où il serait normal de voir apparaître la dent de sagesse, il n'y a pas entre le bord antérieur de la branche montante et la face distante de la deuxième molaire un espace suffisant pour permettre cette éruption. Arrêtée ainsi la troisième molaire reste incluse pendant un temps variable qui peut quelquefois se prolonger indéfiniment.

Si, en effet, l'influence des dents sur la portion alvéolaire de l'os est nette et évidente, il n'en est point de même pour le corps de l'os dans son ensemble. Il y a lieu, à ce point de vue, de distinguer deux portions fort différentes dans les os maxillaires : l'os proprement dit et une portion surajoutée au cours de l'évolution supprimer, destinée à porter et à maintenir les dents, la portion alvéolaire.

Au cours de l'évolution de ces pièces, nous voyons, en effet, à mesure que le système dentaire, par suite du phénomène de concrescence, se complique et se fortifie, des travées osseuses apparaître sur le bord libre de l'os, véritables exostoses qui vont fournir à la dent, jusque-là simple écaille fixée simplement dans la muqueuse, une base d'implantation plus solide. Le séjour de la dent se prolonge de plus en plus, les exostoses se précisent et s'amplifient et arrivent peu à peu à former de véritables apophyses, que dans quelques stades plus élevés, on arrivera encore facilement à différencier du corps de l'os, et qui, dans les espèces plus évoluées, se confondent avec lui et constituent les procès alvéolaires qui ne s'en distinguent plus que par leur résorption rapide qui suit la chute des dents. La régression manifeste qui frappe tout le système dentaire affecte ces deux portions osseuses à des degrés différents, agissant plus directement sur une des portions que sur l'autre ; et c'est ainsi que nous arrivons à avoir, au moment de l'éruption de la dent de sagesse, un os maxillaire de longueur insuffisante pour son développement complet. La moyenne de l'âge d'éruption de la dent de sagesse arrive ainsi à se trouver entre vingt-cinq et trente ans. Mais, à cet âge, elle doit se créer une place aux dépens d'éléments adultes et résistants qui offrent une résistance énergique et lui créent de graves difficultés d'éruption.

La forme et le volume de la dent de sagesse sont soumis à des va-

riations considérables. Organe en voie de régression, toutes les anomalies sont possibles et, en effet, nous pouvons rencontrer tous les types. Chez les anthropoïdes, dans les races inférieures, la série des grosses molaires présente une augmentation de volume de la première à la dernière.

Dans les races civilisées, c'est l'inverse qui est la règle, mais celle-ci est sujette à des variations individuelles considérables. Si, en effet, la régression de l'organe peut être marquée par une simple diminution du nombre des cuspides, cette diminution peut être aussi plus considérable, et arriver à une forme de dent correspondant au type conoïde primitif. Ce type, de plus en plus fréquent, peut cependant, dans certains cas qui sont beaucoup moins souvent observés, être remplacé par une dent ayant un nombre de cuspides égal ou supérieur à celui de la première molaire, et quelquefois même présenter sur celle-ci une augmentation de volume considérable, ce qui représente un retour atavique à la formule des races inférieures. Les racines de cette dent sont également frappées et présentent des déviations et des réductions de volume considérables ; souvent même nous avons une réunion des deux racines en une seule.

Les variations de structure sont aussi remarquables : c'est au niveau des dents de sagesse que l'on observe le plus de malformations histologiques des tissus dentaires.

Liées à une constitution chimique anormale également, elles contribuent à diminuer la résistance de l'organe qui est très fréquemment atteint de carie, pendant même sa période d'éruption, et qui, arrivé le dernier, est souvent parti le premier, détruit par des lésions qui progressent avec une rapidité qui défient souvent les essais de thérapeutique conservatrice.

La dualité des maxillaires, portion squelettique et portion alvéolaire, crée en outre à la dent de sagesse des difficultés d'un ordre particulier. La régression du système masticateur tout entier est manifeste chez l'homme actuel. Ne servant plus à la défense de l'individu, ayant à effectuer une fonction amoindrie, par suite des variations alimentaires et de leur évolution vers une mastication moins pénible, la diminution de l'organe a suivi la diminution de sa fonction. Chaque portion a été frappée ainsi : muscles abandonnant par exemple leurs insertions craniennes pour se cantonner à la fosse temporale ; os qu'il suffit de comparer avec les maxillaires trapus des races inférieures et préhistoriques pour juger de leur diminution ; dents à leur tour, et parmi celles-ci à un plus haut degré la dent de sagesse qui tend plus en plus à disparaître. Or, l'os maxillaire est constitué par deux portions, portion squelettique relativement indépendante du système dentaire, et portion alvéolaire qui est fonction de ce même système : l'activité relative des organes qui composent

un système quelconque, détermine des modifications différentes pour chacun de ces organes, lorsque le système, en voie d'évolution active, subit une augmentation ou une diminution notable. Chacun d'eux est d'autant plus frappé et d'autant plus rapidement que son activité est plus grande ; et c'est ainsi que, dans la régression du système masticateur, nous pouvons voir les organes les plus actifs subir cette régression à un degré beaucoup plus remarquable.

Nous avons dit que les muscles étaient les plus frappés ; les os, en rapports étroits avec les muscles, diminuent rapidement aussi. Mais les dents, qui sont des organes passifs par excellence, ne diminuent que par répercussion, mais beaucoup moins rapidement, et de même la portion alvéolaire qui est fonction du développement des dents. Ce manque de parallélisme dans l'accroissement entre les régions intéressées à l'évolution dentaire et celles indifférentes à cette question se traduit par une diminution beaucoup moins considérable de la portion dentaire au cours de l'évolution phylogénétique que de la portion squelettique. Les races auront un bord alvéolaire d'autant plus grand par rapport à l'os lui-même qu'elles seront plus évoluées. Et, effectivement, dans les races inférieures, nous trouvons entre la face distante de la dent de sagesse et le bord antérieur de la branche montante un espace libre, diastème, post-molaire qui est en moyenne de 4 millimètres chez les Nègres et les néo-Calédoniens ; pour les races européennes ce diastème est représenté par un nombre négatif, 4 millimètres en moyenne. Aussi voyons-nous le bord alvéolaire trop grand pour la portion squelettique de l'os, ne pouvant trouver sa place en arrière, arrêté par le bord antérieur de la branche montante, s'infléchir en dedans, les courbes des deux portions accentuant de plus en plus leur manque de parallélisme.

Les conséquences de cette évolution inégale se traduisent ainsi pour la dent de sagesse par un manque de place tel qu'elle éprouve les plus vives difficultés à effectuer son éruption, celle-ci étant marquée par la série des accidents décrits sous le nom d'accidents de la dent de sagesse. La grande fréquence des accidents au moment de l'éruption de cette dent est remarquable et ne saurait entrer dans le cadre habituel et classique des accidents de dentition en général : cette localisation spéciale nécessite l'influence prédisposante d'un facteur particulier. On a admis, pour expliquer ces accidents, diverses théories dont les deux plus importantes placent à l'origine, l'une, des causes mécaniques, l'autre, des accidents infectieux. Ces dernières, quelque ingéniosité qu'on ait déployée pour les rendre vraisemblables, paraissent confondre et la clinique et la pathogénie ; qu'il s'agisse, en effet, d'une infection sous-gingivale (Redier), d'une infection du sac folliculaire (Capdepont), d'une infection de la cavité péricoronaire (Fargin-Fayolle), ces diverses théories ne nous expliquent point

la localisation spéciale des accidents au niveau de la troisième molaire. C'est dans les considérations qui précèdent que nous trouvons cette explication.

Nous avons vu, en effet, que des conditions évolutives absolument particulières à cette dent ne lui laissent pas un espace suffisant pour son éruption en avant de la branche montante. Il est normal de la voir dans les conditions actuelles évoluer sur la face interne de la branche montante ; mais, par une sorte de retour atavique, il arrive que la dent tend à revenir en dehors de sa ligne normale, en avant de la branche montante, où l'espace est manifestement insuffisant. On se trouve alors dans des conditions très favorables à l'éclosion d'accidents par suite de phénomènes infectieux surajoutés dont le développement est particulièrement favorisé dans des tissus qui subissent, à diverses reprises, les poussées ascensionnelles de la dent, dans des tissus mécaniquement irrités, et qui restent longtemps soumis à cette influence mécanique, dans des tissus qui, tout en se préparant à la sortie de la dent, restent longtemps en contact avec les micro-organismes de la bouche qui les pénètrent et évoluent dans un « espace sous-gingival » ou dans un « sac folliculaire », ou dans une « cavité péricoronaire ». On a pu noter aussi l'infection d'origine endogène.

C'est dans ces faits anatomiques que réside pour nous la cause primordiale des accidents qui marquent cette éruption. Sur une série de cent observations d'accidents de la dent de sagesse, nous avons pu voir que, dans tous les cas, cette dent cherchait à faire son éruption en avant de la branche montante, en dehors de la ligne des molaires, retour atavique qui le plus souvent était compliqué par un volume exagéré de la dent.

Telle est la dent de sagesse, et les considérations qui précèdent semblent bien lui mériter un cadre nosographique spécial : évolution, structure, forme, situation, tout est particulier, et sa présence peut même devenir un danger sérieux pour l'individu. Par la suite de l'évolution, celle-ci sera de moins en moins fréquente ; sa situation, lorsqu'elle existe, sera de plus en plus fixée à la face interne de la branche montante, et nous pouvons donc prévoir une période où les accidents de la dent de sagesse auront complètement disparu dans les races européennes, quitte à les retrouver dans les races dites actuellement inférieures, période qui sera suivie bientôt de la disparition complète de cette dent, victime d'une évolution régressive implacable, et devenue une rareté anatomique.

REVUE ANALYTIQUE

Les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale. — Les antipyrinides bulleuses de la cavité buccale. — Les maladies de dentition n'existent pas. — De l'élargissement des canaux radiculaires par le bioxyde de sodium.

Les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale.

L'auteur décrit un procédé nouveau d'alcoolisation dans le traitement de la névralgie faciale : l'alcoolisation du ganglion de Gasser, qui est destinée à remplacer la gassérectomie, de même que l'alcoolisation des branches périphériques du trijumeau a remplacé la section chirurgicale de ces branches.

Pour atteindre le trou ovale on choisit la voie indiquée par Sicard, on introduit l'aiguille à 2 centimètres, approximativement, au-devant du bord antérieur du conduit auditif osseux externe, dans l'espace qui est formé par l'arcade zygomatique et l'échancrure sigmoïde du maxillaire inférieur. A une profondeur de 4 cent. 1/2 on tombe dans le trou ovale.

On a alors la sensation que le bout de l'aiguille se trouve dans une petite cavité osseuse, ce qui est dû au fait qu'il est arrêté par le bord interne du trou ovale.

L'aiguille doit être introduite perpendiculairement au plan médian de la tête et légèrement inclinée de bas en haut. Si on l'introduit trop près du conduit auditif, on pénètre dans la trompe d'Eustache ; en s'en éloignant outre mesure, on butte contre l'apophyse ptérygoïde ; si on incline l'aiguille en bas, on passe au-dessous du trou ovale pour pénétrer dans le pharynx. Il n'y a, toutefois, aucun inconvénient, dans le cas où l'on n'aurait pas trouvé le trou ovale du premier coup, à tâtonner un peu de la pointe de l'aiguille en retirant celle-ci légèrement pour la repiquer dans un autre sens. Au besoin, on la retire entièrement pour l'introduire de nouveau en se mieux repérant.

Pour avoir la liberté des mouvements de l'aiguille, il faut injecter au préalable une solution de cocaïne à 1/200, profondément, afin d'empêcher les contractions musculaires.

Une fois que l'on se croit dans le trou ovale, on pousse le piston de la seringue afin de faire pénétrer quelques gouttes d'alcool. Si l'on se trouve bien dans l'endroit exact, le malade accuse une forte sensation de brûlure au niveau du trou mentonnier suivie d'anesthésie complète à la piqûre d'une épingle, surtout au niveau de la moitié correspondante de la lèvre inférieure.

Si, après avoir engagé l'aiguille dans le trou ovale, on dit au patient d'ouvrir largement la bouche, et si on incline la partie externe de l'aiguille fortement en bas de façon à en pouvoir diriger la pointe en haut, à travers le trou ovale, on est étonné de sentir que, cessant d'être ar-

rêtée comme tout à l'heure dans une cavité osseuse, elle peut pénétrer plus profondément. On est alors dans le crâne, dans la région du ganglion de Gasser.

Il faut pour cela se servir d'une aiguille de 5 cent. 1/2, et l'introduire presque tout entière. La direction qu'a l'aiguille qui se trouve fortement inclinée de bas en haut et de dehors en dedans, ainsi que sa profondeur de pénétration, indiquent bien qu'elle ne peut qu'avoir traversé le trou ovale.

Si on pousse alors le piston afin de laisser passer quelques gouttes d'alcool, le malade accuse une douleur instantanée au niveau des différentes branches du trijumeau, et si on le pique avec une épingle, on constate qu'il a la moitié de la face et du cuir chevelu entièrement anesthésiés ; il éprouve la sensation que la moitié de sa tête est enflée.

En essayant sur un crâne nu, on peut très bien se rendre compte de la facilité avec laquelle l'aiguille peut, de cette façon, atteindre le ganglion de Gasser.

Pour le moment, sans entrer dans la question de l'indication ou non-indication de l'alcoolisation du ganglion de Gasser, l'auteur a seulement voulu démontrer sa possibilité et la simplicité de son exécution.

Il sera curieux de voir les conséquences que cette intervention peut avoir du côté de l'œil. Si elle est suivie de troubles trophiques sérieux comme après la résection chirurgicale du ganglion, il faudra lui réserver les mêmes indications et contre-indications qu'à la gasserectomie, avec la préférence indiscutable sur elle. Mais si les troubles trophiques sont minimes et passagers, il n'y a point à hésiter à penser que la gasseralcoolisation sera le traitement par excellence de la névralgie faciale, d'abord parce que la cessation des douleurs sera plus complète, et ensuite parce qu'elle sera sûrement plus durable.

Il semble en tout cas que la gasseralcoolisation doive remplacer la gasserectomie.

(N. Taptas, *Presse médicale,* 7 octobre 1911.)

Les antipyrinides bulleuses de la cavité buccale.

L'antipyrine peut donner des lésions bulleuses localisées à la cavité buccale, constituant ainsi une variété clinique de stomatite encore imparfaitement connue, quoique assez fréquente et du plus haut intérêt.

Ces antipyrinides sont caractérisées cliniquement au début par du prurit et un exanthème carminé, qui manquent rarement, sur lequel apparaissent des bulles, variables de volume, de forme, de localisation, laissant par rupture des exulcérations de types les plus divers : aphteux, herpétiques, syphiloïdes, pultacés, pemphigoïdes vrais, etc. L'évolution des lésions est rapide, d'un à quinze jours.

La récidive au niveau de la cavité buccale et sous forme bulleuse est de règle à chaque nouvelle administration d'antipyrine, quelles que soient la dose et la voie d'absorption.

Il est des formes exclusivement localisées à la cavité buccale, d'autres où l'on peut retrouver les différentes variétés d'antipyrinides cutanées.

Il est de toute importance de dépister la nature médicamenteuse, antipyrinique de ces diverses manifestations bulleuses et ulcéreuses de la cavité buccale pour ne pas les confondre avec celles d'autres affections : syphilis, diverses variétés de pemphigus vrais, en particulier dont le pronostic est bénin, et il suffit de la suppression complète du médicament pour obtenir une guérison définitive.

Le mode d'action de l'antipyrine dans la production de ces manifestations reste encore incertain, malgré les diverses hypothèses émises. Elle semble dépendre de phénomènes vaso-moteurs, sans que leur origine soit nettement établie (idiosyncrasie, anaphylaxie, insuffisance rénale ou hépatique).

(*La Clinique,* 21 juillet 1911.)

Les maladies de dentition n'existent pas.

Telle est du moins la doctrine de *M. E. Feer,* de Zurich, qui, appuyé sur une enquête critique très attentive, soutient que la fièvre de dentition, la toux de dentition, la diarrhée de dentition sont des accidents qui n'ont de commun avec la dentition que la coïncidence.

Pendant un an, l'auteur a observé de près plus de six cents enfants, dont l'âge variait entre six mois et 3 ans, en ayant soin de noter le moment de l'éruption de chaque dent sur la courbe thermique : jamais il n'a constaté, dans ces conditions, ni fièvre, ni abaissement du poids, ni convulsions, ni diarrhée.

(*Semaine médicale,* 4 octobre 1911.)

De l'élargissement des canaux radiculaires par le bioxyde de sodium.

On peut diviser en deux groupes les moyens d'élargir les canaux radiculaires :

Moyens mécaniques et moyens chimiques.

1° Les moyens mécaniques présentent des inconvénients : la fraise, mue par le tour, peut faire fausse route, surtout lorsque les racines ne sont pas droites ; parfois même elle se brise et reste dans la racine ;

2° C'est pour ces motifs qu'on substitue à la fraise les moyens chimiques dont l'usage semble tout indiqué lorsqu'il s'agit de canaux aplatis, car dans ce cas la fraise peut égarer, dans quelque petite cavité aboutissant au canal qu'elle a creusé, des fragments de pulpe, source de nouvelle infection.

La chimie nous offre deux sortes d'agents pour élargir les canaux radiculaires :

Les acides et les alcalis corrosifs.

L'action des acides organiques et minéraux consiste dans la dissolution des sels calcaires de la dentine, dissolution laissant après elle un reliquat cartilagineux qu'on enlève plus ou moins facilement par des moyens mécaniques.

L'action des alcalis corrosifs est inverse ; la trame organique est détruite et les sels calcaires s'éliminent d'eux-mêmes sous la forme d'une poudre blanche. Il est à remarquer que les parois du canal élargi par un agent alcalin ne montrent pas trace de ramollissement, et cela est

très important. L'émail, composé presque exclusivement de matières inorganiques est détruit par le contact des acides, tandis que les alcalis le laissent à peu près indemne.

L'emploi des alcalis corrosifs a donc des avantages marqués sur celui des acides.

E. Schneider (Vienne) a introduit le premier le potassium et le sodium métalliques pour désinfecter les canaux. Peu après, E. C. Kirk (Philadelphie) a proposé, dans le même but, le bioxyde de sodium. Depuis plus de 12 ans, l'auteur traite les canaux au bioxyde de sodium et en est très satisfait. La manière de s'en servir est facile et très efficace ; il faut veiller seulement à ce qu'il ne soit pas altéré ; s'il est altéré sa valeur est nulle.

L'action du bioxyde de sodium sur la dentine est due à sa décomposition presque instantanée au contact de l'eau et à la formation de deux corps, l'hydroxyde de sodium et le dioxyde d'hydrogène.

Cette réaction chimique produit une élévation de température considérable qui décompose à son tour le dioxyde d'hydrogène en oxygène et en eau et donne, de ce fait, 2 corps de la plus grande utilité : l'hydrate de soude, dissolvant parfait de la substance organique de la dentine entourant les canaux radiculaires, et l'oxygène à l'état naissant dont l'effet antiseptique est considérable.

L'action utile de la réaction est encore augmentée, et de beaucoup, par l'élévation de la température à l'intérieur de la dent ; puis par le fait que l'oxygène, en s'échappant, entraîne avec lui les différents produits pulvérulents et visqueux. De plus, l'hydrogène de sodium lubrifiant le canal, fait glisser plus facilement la sonde dans la partie inférieure.

Mais toutes ces qualités du dioxyde de sodium n'ont de valeur que dans le cas où on peut l'introduire inaltéré, dans un canal sec, et l'y faire décomposer par le moyen d'une goutte d'eau.

Il est donc essentiel qu'il soit conservé dans un bocal fermant hermétiquement et qu'il conserve ses précieuses qualités jusqu'au moment où il a atteint le fond du canal radiculaire.

La boîte s'ouvre et se ferme au moyen d'un clou de fer dont j'enduis la tête d'un peu de cire ou de paraffine, pour que la fermeture soit plus complète. Au moment de l'emploi, on verse une petite quantité du produit dans une soucoupe. Il est prudent de ne pas employer tel morceau compact qui se trouve mêlé à la poudre, mais c'est seulement cette dernière qui peut parvenir dans les canaux les plus déliés. Pour l'introduire on se sert d'une sonde Donaldson ou Miller, enduite de glycérine pour l'adhérence, et la poudre atteint ainsi jusqu'au fond des canaux les plus déliés des dernières dents molaires.

En tous cas, il faut éviter ces petits morceaux compacts qui, adhérant difficilement à la sonde, peuvent se détacher sous un choc, tomber sur la muqueuse et y produire de légères brûlures.

Le canal dont on veut élargir la partie apicale sera séché le mieux possible avant d'y introduire la sonde, sans quoi le sel se décomposerait avant d'avoir atteint sa place. Même l'humidité de l'haleine peut provoquer sa décomposition. Il faut que le peroxyde de sodium soit

amené intact jusqu'où la sonde peut descendre dans le canal pour obtenir un résultat parfait. Alors, la sonde restant dans le canal, on y apporte une goutte d'eau ; à l'instant même on voit des bulles d'oxygène sortir de l'orifice du canal, et c'est le moment de retirer quelque peu la sonde pour que l'eau pénètre jusqu'au fond. On essaie ensuite de faire entrer davantage la sonde en la tournant avec précaution. Si la résistance cesse tout à coup et si la sonde avance sensiblement, l'opération a réussi. Dans le cas contraire il faut recommencer l'application du peroxyde de sodium, et si besoin en est, élargir davantage les canaux au moyen d'une sonde plus forte et enlever la pulpe qui a pu se tasser au fond du canal.

L'activité efficace du peroxyde de sodium est surprenante surtout dans le cas d'aplatissement de canaux. Et aussi dans ceux d'obturation par la dentine secondaire.

L'emploi du peroxyde de sodium est surtout à recommander dans le traitement des concrétions calcaires renfermées dans la cavité pulpaire. Il reste des fragments microscopiques de tissu pulpaire que nos instruments les plus délicats ne parviennent pas à déceler et qui cependant servent de voie aux microorganismes et les amènent dans les parties apicales de la dent. Dans ces cas encore, le peroxyde de sodium dissout ces concrétions secondaires ou les détache des parois de la cavité pulpaire ouvrant le chemin des parties apicales.

On a prétendu que l'usage du peroxyde de sodium est dangereux et qu'il peut exploser au contact de l'eau, surtout lorsque des matières organiques sont en jeu. S'il y a danger, ce danger est facile à éviter : Il faut se servir exclusivement de poudre bien fine et se défendre l'emploi de tout corps organique — comme la ouate — pour appliquer le peroxyde de sodium.

Quant aux ravages causés par ce sel sur la muqueuse (dont on a tant parlé) l'auteur n'a jamais été témoin d'accidents graves.

S'il arrive de laisser tomber quelque fragment sur la muqueuse, les petites brûlures qui en résultent n'ont pas de suite et un peu d'eau dans la bouche en a raison.

(O. Zsigmondy, *Revue de Stomatologie,* septembre 1911.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPE DES AMIS
des Écoles Dentaires de Paris et de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

Paris, le 30 octobre 1911.

Mon cher Confrère,

Il paraît depuis quelque temps, dans un journal connu pour son hostilité systématique à l'égard de l'École dentaire de Paris, une série d'articles prenant violemment à partie, dans des termes non seulement discourtois, mais injurieux, son président-directeur.

Certains de ces articles, par des insinuations perfides et des phrases ambiguës, signalent des actes administratifs, qu'ils présentent, à tort, comme entachés d'un manque de clarté et de netteté, espérant ainsi laisser planer des doutes sur la correction du directeur et des administrateurs de l'École qui n'ont cessé de manifester leur confiance à celui-ci.

En général, il est toujours commode, quand on n'a pas la responsabilité du pouvoir, de s'indigner contre tout ce que font ceux qui sont en place. On y gagne une popularité à peu de frais.

Il faudrait pourtant s'entendre : tout sociétaire a le droit et même le devoir d'exprimer ouvertement et en langage admis des critiques ayant tout au moins quelque vraisemblance ; mais lorsqu'il procède ainsi que nous le constatons dans les lignes précédentes, il commet une véritable infamie.

Les articles que nous signalons émanent de 4 ou 5 membres de la Société, mécontents d'avoir été mis à l'écart de sa direction ou — ce qui s'explique moins — d'individualités qui n'en font pas partie et dont le premier devoir devrait être de se taire, car ce qui se passe dans cette société ne les regarde point. Il est aisé de comprendre pourquoi ils ont choisi l'organe en question pour insérer leurs diatribes répétées, immodérées dans la forme et inconsidérées dans le fond : c'est sa distribution gratuite aux membres de la profession, car les auteurs de ces articles espèrent ainsi atteindre d'autant plus sûrement ceux qu'ils visent que la diffusion de leurs attaques et de leurs injures est plus grande.

Les confrères qui ne sont pas parfaitement au courant des événements professionnels qui marquent la vie de nos sociétés dentaires, pourraient être tentés de croire que cette campagne de presse a été

provoquée par les incidents qui se sont produits lors de la constitution du Comité national français d'hygiène dentaire. Ils se tromperaient étrangement s'ils pensaient ainsi, et il importe de les désabuser.

Ces incidents, qui paraissent avoir été provoqués avec intention par des confrères agissant suivant des vues personnelles méprisables, n'ont été, en effet, que le prétexte de cette campagne haineuse et virulente, déjà préparée de longue main, dans l'ombre et le silence, et qui n'attendait qu'une occasion pour se faire au grand jour.

A ce propos nous pouvons affirmer — et tout le monde l'a constaté avec nous — que nos sociétés ont été trahies par un des nôtres, qui a failli à ses devoirs, non seulement envers les sociétés qui l'avaient mandaté, mais encore envers la profession, à cause des polémiques scandaleuses qu'il a entamées et qu'il encourage encore chaque jour.

En présence de la vivacité des attaques, de leur fréquence, du langage grossier dans lequel elles sont formulées, de la tournure calomnieuse et de la mauvaise foi qu'elles revêtent, il a semblé qu'il n'y avait qu'une attitude à prendre : les traiter par le mépris. On peut discuter avec les gens courtois et nous n'avons jamais fui les discussions ; mais il n'y a jamais rien à gagner à discuter avec des gens mal élevés et il y a beaucoup à y perdre, car on risque de se laisser entraîner sur le même terrain, au préjudice de la réputation de bonne éducation et de la considération dont on jouit.

Il n'est vraiment qu'une ligne de conduite à tenir : hausser les épaules en plaignant ceux qui croient devoir recourir à de semblables procédés et continuer à travailler dans le calme et la dignité en se souvenant que, ainsi que le dit le proverbe arabe : « *Les chiens aboient, la caravane passe* ».

Toutefois, si nous croyons que le mieux est de ne pas répondre aux attaques et aux insultes, il ne s'ensuit pas que nous devions rester impassibles et les bras croisés. Déjà de nombreux confrères ont témoigné par lettres l'expression réitérée de leur sympathie à M. Godon, indignement attaqué, en même temps que l'expression de leur mépris à l'égard des promoteurs de ces articles scandaleux qui déconsidèrent la profession, nuisent grandement à la cause odontologique pour laquelle tous les efforts devraient être unis.

Il faut que ces attaques soient pour les membres du Groupe des Amis des Écoles une occasion de se serrer plus étroitement autour de l'institution qui forme leur trait d'union et que, par une manifestation imposante, ils flétrissent ces manœuvres et affirment à nouveau leur confiance en leurs mandataires au Conseil d'administration et en l'homme éminent qui a si puissamment contribué à assurer à l'École dentaire de Paris sa prospérité et son renom dans le monde.

Le Bureau de la Commission exécutive du Groupement, le Bureau de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris et ce-

lui de l'Association générale syndicale des dentistes de France, dans leurs séances respectives du mardi 24 octobre 1911, après avoir entendu la lecture des articles injurieux récemment publiés, ont adopté l'ordre du jour suivant :

« Considérant les imputations injustes et malveillantes émises contre l'œuvre poursuivie par l'E. D. P. ainsi que les injures et les insolences contenues à profusion dans ces publications à l'égard de son président-directeur ;

» Ils émettent à l'unanimité un vote flétrissant les auteurs, et renouvellent à M. Godon leur confiance absolue et l'assurance de leur plus grande sympathie. »

Nous venons donc vous demander, mon cher confrère, en même temps que votre adhésion à cet ordre du jour, de nous confirmer que nous pouvons compter sur votre bon concours, que vous êtes non seulement de cœur, mais de fait avec nous et que, le moment venu, votre voix s'élèvera pour prendre la défense de l'institution, de son directeur et de ses collaborateurs qui l'aident et le soutiennent dans la tâche considérable qu'il assume et dans l'œuvre qu'il a entreprise.

A cet effet, nous vous prions de renvoyer à l'un d'entre nous le bulletin ci-joint, revêtu de votre signature, nous confirmant ainsi votre adhésion, non seulement à notre Groupe des Amis des Écoles dentaires, mais aux idées que nous défendons et qu'il est nécessaire de voir triompher pour le bien de la profession.

Veuillez croire, mon cher confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Comité exécutif :

MAURICE ROY, 32, rue de Penthièvre. — J. D'ARGENT, 245, rue Saint-Honoré.

BLATTER, 88, avenue Niel. — DREYFUS, 1, rue Ballu. — G. VILLAIN, 22, rue de Douai. — H. VILLAIN, secrétaire, 20, rue Caulaincourt.

A la suite de l'envoi de cette circulaire nous avons reçu à ce jour de nombreuses lettres d'approbation et les adhésions suivantes, au nombre de près de 300.

D'Argent, J. — Arnold. — Audefroy. — Audy, F. — André. — Amoëdo. — Audy, Dr. — Arlet. — Brigiotti. — Borkowski. — Bioux, L. — Bassot. — Burdiat. — Blatter. — Bechhoefer, Mlle. — Billet, F. — Barrié. — Bouchard, A. — Bouvier. — Bruschera. — Brille. — Bernick. — Bioux, J. — Bayer, P. — Boudot. — Bacri, R. — Billet, P. — Bacri, H. — Bouillant. — Boissieux. — Bonnaric. — Boyer. — Brodhurst. — Baghdjian. — Bailly. — Bayer, J. — Bouchard, Dr F. — Bouvet. — Boudy. — Chambril-

lon. — Cadic. — Cauhépé, X. — Cernéa. — Caillouët. — Crocé-Spinelli. — Cotel. — Cahen. — Chomont, G. — Chapelle. — Choquet. — Cauhepé, G. — Coen. — Cottarel. — Courcelle. — Chomont. — Clavel. — Caron. — Chouville. — Chaillou-Ricatte. — Cossas. — Candau. — Daehler. — Dreyfus. — Demeulle. — Desforges. — Delionnet. — Darcissac, E. — Davy. — Douilly-Delion, Mme. — Delattre. — Denis Le Sève. — Devoucoux, G. — Delaplanche. — Dehogues. — Dupontrué. — Duz. — Demarquette. — Daunis. — Debat-Caillaud, Mme. — Dunoyé. — Da Silva, J. — Dénéchaud, Mlle. — Duneau. — Dumont. — Da Silva, Dr J. R. — Devoucoux, Ch. — Dupas. — Debray, A. — Duncombe, L. — Davigneau. — Deniau. — Drain. — Eudlitz. — Erny. — Fouques, G. — Fié. — Fréson. — Frinault. — Fuchs. — Fouques, R. — Fourquet. — Frey. — Fouques, A. — Fonsèque. — Frenkel, Mme. — Fromentin. — Flygare. — Franchette. — Fontenelle. — Fabret. — Gédon, H. — Galand. — Godefroy. — Guébel, Ch. — Guébel, P. — Guillemin. — Grodzinska, Mlle. — Gaignon. — Gressard. — Graff. — Guichard. — Geoffroy. — Grout. — Girardin. — Gick. — Gatineau. — Gouthière. — Gody. — Gédon, G. — Heïdé. — Heïdé, R. — Hennecart, Mlle. — Hallais. — Hellion. — Henry. — Jeay. — Jouard. — Jolivet. — Jollibois. — Keall, Cl. — Kern. — De Kisch. — Keall, P. — Lalement. — Lejeune. — Lemaire-Chaillot, Mme. — Lebas. — Léger. — Legros. — Lemerle, L. — Lemière. — Lanos. — Loynel. — Loup. — Lebègue. — Lemerle, G. — Levett. — Loyer. — Ladoux. — Legrand. — Lazard-Frey, Mlle. — Lubetzki. — De La Loge. — Leduc. — Letierce. — Lemarchand. — Leplat. — Mathieu. — Martinier, P. — Manceau. — Mallard. — Marinetti. — Machtou. — Morineau. — Magub. — Mouton. — Miégeville. — Masson. — Maleplate. — Martinier, G. — Meunier. — Mourani. — Maudry. — Martine. — Marsôo. — Mouche. — Maire. — Maurion. — Ménant. — Mouton, F. — Margery. — Maman. — May. — Méhendiz. — Nathan-Rubens. — De Névrezé. — Nahum. — Prat. — Pillière. — Pailliottin. — Prével. — Pinguet, Mlle. — Pittet-Meunier. — Pernet. — Pavlovsky-Vandacouroff, Mme. — Pierret. — Pégon. — Pichat. — Pont. — Poulet, M. — Quillet. — Quélet. — Quincerot. — Robin, G. — Rouzée. — Rozenbaum. — Rebel. — Rouveix. — Roussel. — Richaume. — Renhold, Michel. — Rollin. — Ratoré. — Roy, M. — Renhold, W. — Ruppe. — Rasumny. — Rousset. — Raymond, J. — Robine. — Rat. — Roncin. — Rolland. — Ross, Maria, Mlle. — Rouvier. — Renhold, Max. — Saguet. — Saurain. — Sauvez. — Sosson. — Schilliger. — Seitz. — Saumur. — Sommer, Mlle. — Smadja, F. — Seimbille. — Siffre. — Sauvigny. — Spaulding. — Staviski. — Smadja, Ed. — Senécal. — Serres. — Solas. — Swacaycarsky, Hugo. — Schwaba-

cher. — Steinberg. — Sibut. — Touvet-Fanton. — Tariote. — Tritsch. — Tritsch, Mme. — Tacail. — Tireau. — Tamisier. — Teisset. — Tomine. — Vanel. — Viel. — Villain, G. — Villain, H. — Vasserot. — Viau, G. — Viau, L. — Vieilleville. — Victor. — Vialat. — Valensi. — Viallard. — Vichot, J. — Vicat. — Willer. — Weiskopf, Mlle. — Wielhorsky. — Zimmerman.

NOTA. — *Pour toutes communications ou adhésions nouvelles, s'adresser au secrétaire M. H. Villain, 20, rue Caulaincourt, Paris.*

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der zahnärztlichen chirurgischen Verbände und Prothesen.

M. Hermann Schröder, directeur de la section technique de l'Institut dentaire de l'Université de Berlin, publie chez l'éditeur Hermann Meusser, de cette ville, un *traité des appareils de chirurgie dentaire et des pièces de prothèse*. Le tome I de ce traité, consacré aux *fractures et aux luxations* des maxillaires, vient de paraître. Il comprend 184 pages, terminées par un index de 7 pages, et 121 fig.

Ce volume est divisé en cinq parties, précédées d'une préface.

La première partie contient d'abord des généralités sur les fractures, puis elle étudie celles-ci en détail ; la deuxième s'occupe des fractures du maxillaire inférieur ; la troisième du maxillaire supérieur; la quatrième traite des luxations en général, et la cinquième des luxations du maxillaire inférieur. Chaque partie est terminée par un chapitre spécial pour le traitement des fractures ou luxations examinées.

Le plan de cet ouvrage nous paraît bien conçu et répond à un besoin réel.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. Thiersch, de Bâle, une brochure en français intitulée « *L'emploi de l'articulateur anatomique de Gysi dans les cas étendus de bridge-work* ». Cette communication a été faite à une réunion de l'Association des dentistes du Rhône et de la région.

*
* *

Nous avons reçu également le 49e rapport annuel de la Société des chirurgiens-dentistes autrichiens, relatif à l'année 1909-1910.

*
* *

Nous avons reçu aussi une brochure intitulée : « A la mémoire d'Alphonse Fringnet ». C'est une biographie du fonctionnaire aimable qui représentait l'Académie de Paris pour le contrôle et l'inspection des études odontologiques près des écoles dentaires. M. Fringnet a toujours entretenu les meilleurs rapports avec l'Ecole dentaire de Paris, qui gardera de lui le meilleur souvenir.

VARIA

PROPOS D'UN GRINCHEUX SUR LE « FAIT »

Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'on apporte une observation, vraisemblable ou non, et que, pour vaincre toutes les objections, on dise finalement : « Que voulez-vous, c'est un fait ! » Et il faut s'incliner. Eh bien, non, il ne faut pas s'incliner : il est clair, en effet, que ce qu'on apporte, ce n'est pas le « fait en soi », mais la façon dont on l'a observé, dont on l'a interprété, dont on l'a décrit ; d'où trois sortes d'erreurs possibles : erreurs des sens ou d'observation, erreurs d'interprétation, erreurs de description, et ces erreurs peuvent s'aggraver des déductions ou des conséquences que l'on en tire. De là, l'intervention nécessaire d'un ensemble de qualités, et l'on comprend jusqu'à un certain point qu'on soit admis à n'estimer un fait que par rapport à la valeur de celui qui l'énonce, à son intelligence ou tout simplement à sa probité scientifique.

*
* *

En effet, il ne suffit pas d'observer beaucoup, il faut « savoir » observer ; il ne suffit pas qu'un fait soit observé par ce qu'on appelle « un homme d'expérience » pour que, par cela seul, on accepte ce fait comme vrai. Un homme âgé, « qui a beaucoup vu », s'il n'a pas les qualités requises, a pu accumuler d'autant plus d'erreurs. Sans doute, il faut toujours respecter les personnes d'âge qui ont beaucoup vu, mais il faut se souvenir que les imbéciles vieillissent aussi bien que les intelligents. L'intelligence, d'ailleurs, ne consiste pas dans la somme de connaissances, mais dans ce fait que l'on connaît bien ce que l'on connaît et surtout dans ce fait que l'on connaît bien les limites de ses connaissances.

*
* *

X... apporte un fait, Y... en apporte un autre qui contredit le premier, qu'arrive-t-il ? Selon qu'on a la tendance d'esprit orientée dans le sens du fait de X...ou du fait d'Y..., on accepte soit le premier, soit le second. Voyez un grand nombre de travaux, de discussions, d'études critiques, de thèses : parmi différents faits contradictoires, on consacre simplement celui qui répond à la direction qu'on imprime à son travail ou à sa pensée. On arrive à dire : « Un tel affirme ceci, mais tel autre affirme cela, par conséquent ce dernier a raison. » Souvent aussi on dit : « Un tel affirme ceci, mais beaucoup d'autres affirment le contraire ; donc, ceux-ci ont raison », c'est le mystère majoritaire ;

or, ils peuvent tous avoir raison, ils peuvent tous avoir tort, et enfin le premier peut avoir raison contre tous les autres. Au fond, on accepte plus volontiers comme vrai ce qui donne à l'esprit le plus de soulagement, ou plutôt le moindre effort de compréhension, ce qui correspond le mieux aux convenances personnelles, j'allais dire à l'intérêt personnel. C'est pourquoi l'erreur se greffe aussi facilement.

*
* *

Pour établir un fait que j'exprime, il faut que je démontre non seulement que j'ai raison, mais aussi, autant que possible, pourquoi mon contradicteur a tort et comment il a pu commettre son erreur. Avez-vous remarqué avec quelle facilité nous discutons les choses qui nous sont peu familières et même étrangères. C'est une question d'orgueil inséparable de l'esprit humain, car la modestie n'est pas chose humaine et n'existe pas. On dit couramment : « Je suis convaincu que, je suis persuadé que », alors que cette conviction et cette persuasion qui devraient être le résultat de nombreuses, longues et minutieuses observations, ne sont, le plus souvent, que le fait d'une croyance, d'un sentiment. Aussi les discussions nées sans préparation, et surtout sans qu'on connaisse à fond le point de vue de l'interlocuteur, sont le plus souvent stériles. Mais on veut avoir l'air de connaître, et, ce qui est pire, on veut avoir raison, l'amour-propre intervient et c'est le désastre. La discussion, qui devrait être une collaboration active, n'est qu'un pugilat où l'on veut qu'il y ait un vainqueur et un vaincu, et où le plus souvent triomphe celui qui se sert d'armes déloyales. Les faits sont déformés et sombrent sous les mots. De la discussion jaillit l'obscurité.

*
* *

On dit aussi : « Cent faits négatifs ne valent pas ou ne détruisent pas un fait positif. Oui et non, car cela dépend de la façon dont le fait positif a été observé, ainsi que les faits négatifs.

On dit encore : « J'avais raison d'énoncer tel fait, puisque les conséquences ou l'application que j'en tire ont été reconnues exactes. Autre erreur. En effet, de même que des prémisses vraies peuvent mener à une conclusion fausse, de même des prémisses fausses peuvent logiquement conduire à une conclusion vraie. Exemple :

Ma tabatière est dans la lune
La lune est dans ma poche,
Donc ma tabatière est dans ma poche.

Et je sors triomphalement ma tabatière de ma poche.

Par conséquent, il ne suffira pas de démontrer un fait par ses conséquences, il faut démontrer d'abord le fait lui-même.

La morale de tout ceci, c'est qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à ce qu'on dit ; aussi admettrai-je très bien qu'on n'en accorde aucune à ce qui précède.

(*Journal de diététique et de bactériothérapie,* 1911, *n°* 10.)

PROBLÈME DENTAIRE

A propos du *Problème dentaire* que nous avons publié dans le n° du 15 août, page 142, à la rubrique « Varia », notre confrère M. Quincerot nous écrit :

Je retiens le quatrième et dernier paragraphe d'une note extraite du *Daily Telegraph* où il est dit : .....

« Les médecins experts déclarèrent qu'il n'était pas possible que l'extraction d'une dent supérieure eût pu causer l'accident invoqué (luxation de la mâchoire inférieure) ; ils ajoutaient que la patiente était névrosée et avait perdu tout pouvoir de volonté sur certains muscles de la face. »

Sans m'inquiéter ici s'il s'agit d'un cas de relâchement musculaire ou autre, je ne relève que le passage où il est dit *impossible de luxer la mâchoire inférieure* pendant une intervention sur l'arcade dentaire supérieure, d'autant que ce phénomène de luxation est tout ce qu'il y a de *plus possible.* J'ai d'ailleurs été appelé à réduire une luxation unilatérale du fait d'une malheureuse manœuvre opératoire d'un confrère qui était intervenu sur la première grosse molaire supérieure gauche.

Néanmoins le fait est assez rare ; aussi l'avais-je consigné en un article dans le n° de juillet 1893 de l'*Avenir dentaire.*

A titre documentaire et pour éviter que ce faux jugement ne s'accrédite, je vous saurais gré de bien vouloir publier cette petite observation qui, dans l'avenir pourra servir à éviter des erreurs d'appréciation de ce genre en cas de nouvelles expertises.

LES DENTS DE BOIS

La prothèse dentaire s'est enrichie d'une nouvelle invention. Elle est due à l'école japonaise qui vient de remplacer la pâte de porcelaine et l'ivoire du rhinocéros par des dents de bois merveilleusement sculptées et imitant la couleur bleuâtre de celles de la race malaise. Ces râteliers se font comme les autres, sur les moules pris dans la partie de la mâchoire à garnir. Les dents sont fixées par un procédé dont l'inventeur a gardé le secret. On ne connaît pas l'essence du bois employé. Le seul défaut de ces dents japonaises est de s'imprégner des sucs des aliments et d'être, par conséquent, antihygiéniques, mais l'inventeur y a peut-être remédié.

NÉCROLOGIE

Mme Billet.

M. Billet, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 14 de ce mois à l'âge de 53 ans.

L'Ecole et l'Association étaient représentées aux obsèques, qui ont eu lieu le 16 novembre.

Mme Didsbury.

M. Henry Didsbury, membre de l'A. G. S. D. F., a été de même douloureusement éprouvé par le décès de sa femme, qui a succombé le 7 novembre à 46 ans.

Les obsèques ont eu lieu le 10.

*
* *

M. Caillouët, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir le chagrin de perdre son père, M. Jean-Louis Caillouët, à l'âge de 73 ans. Le décès a eu lieu le 22 novembre à Meulan.

*
* *

M. G. Devoucoux, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir le regret de perdre son beau-père, M. Thiébault.

Nous adressons nos sincères regrets et l'expression de notre sympathie à nos confrères et à leurs familles.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

1° *Concours.*

Un concours pour un poste de professeur suppléant d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique d'anesthésie sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris le 3 décembre prochain.

*
* *

Le Conseil d'administration a décidé, dans sa séance du 14 novembre, l'ouverture d'un concours pour un poste de professeur suppléant de chirurgie dentaire.

2° *Nominations dans le corps enseignant.*

Par décision du Conseil d'administration du 14 novembre 1911, M. René Miégeville, répétiteur adjoint à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, a été chargé d'un cours d'anatomie et de physiologie pour la deuxième année de stage et la première année de scolarité.

*
* *

M. Vanel a été réintégré dans ses fonctions de chef de clinique. MM. Loynel, Grout, Arnold, Rouveix, Godefroy, Vasserot ont été nommés, dans la même séance, démonstrateurs titulaires.

Société de l'E. et du D. D. de Paris.

1° *Assemblée générale.*

L'Assemblée générale annuelle de la Société aura lieu le mardi 12 décembre 1911, à 8 h. 1/2 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

Correspondance.
Procès-verbal.
Rapport du secrétaire général.
Rapport du trésorier.
Election de 10 membres du Conseil d'administration sortants.
Propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. André, Blatter, Bioux, J. d'Argent, Geoffroy, Miégeville, M. Renhold, Robin, Roy (M.), G. Villain.

Nota. — Il sera procédé au vote à 10 heures.

2° *Nomination de membre honoraire.*

Par décision du Conseil d'administration en date du 14 novembre 1911, M. Claser a été nommé membre honoraire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 18 novembre, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Après approbation du procès-verbal du Conseil du 17 juin et ratification des décisions du Bureau des 27 juin, 18, 20 et 25 juillet, 17, 24 et 31 octobre et 7 novembre, l'assemblée a pris connaissance de la consultation du conseil judiciaire touchant la situation de la F. D. N., de l'introduction du référé qui l'a suivie et du jugement du tribunal civil de la Seine nommant un administrateur judiciaire provi-

soire de la F. D. N. avec mission de convoquer l'assemblée générale de celle-ci pour procéder à la nomination du Comité exécutif et du Bureau.

Le Conseil a approuvé toutes les mesures prises par le Bureau à cet égard, non seulement par la ratification susmentionnée, mais en votant l'ordre du jour suivant présenté par M. Dreyfus :

« Le Conseil, après avoir pris connaissance des décisions prises touchant la F. D. N. et de l'action judiciaire engagée par le Bureau à ce sujet, déclare les approuver sans réserves. »

Le Conseil a renouvelé les délégués de l'Association à la F. D. N.

Il a approuvé le rapport de la Commission syndicale, ainsi que le rapport de la Commission de prévoyance, a accordé des bourses et secours d'étude, prononcé des admissions et accepté des démissions et a fixé sa prochaine séance à la veille de l'assemblée générale.



Conformément au Règlement du vote par correspondance, les membres de l'A. G. S. D. F. qui désirent poser leur candidature au Conseil d'administration sont instamment priés d'en informer le Président avant le 15 décembre 1911 et au plus tard le 1er janvier 1912.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Paul-Roger Jarrousse vient d'être nommé expert près le tribunal civil de la Seine.

Nous lui adressons nos félicitations.

Erratum.

Racines en porcelaine (W. Hirschfeld).

Une confusion de clichés faite à l'imprimerie a introduit dans l'article de M. W. Hirschfeld, publié dans le n^{o} du 15 novembre, des figures, p. 389, qui ne devraient pas s'y trouver. Ces figures appartiennent à un article du même auteur sur le même sujet publié dans le *Dental Cosmos*.

Seules les figures p. 391, qui est la figure A, et p. 393 doivent être considérées comme appartenant à l'article, cette dernière correspondant aux n°s 1, 2, 3, 4 du texte. Ajoutons, de plus, qu'il ne doit pas être tenu compte des 2 pivots se trouvant dans la partie supérieure du moule p. 391 ; c'est la moitié inférieure qui est censée les avoir.

N. D. L. R.

13e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1911 VOL. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

IMPRESSIONS DE VOYAGE

Par M. ETCHEPAREBORDA,
Directeur de l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres.

(*Communication à la Société d'Odontologie*, 5 décembre 1911.)

Je viens de faire un voyage aux Etats-Unis ayant pour but de rechercher les nouveautés de la profession et d'étudier le fonctionnement des écoles américaines, du moins de celles qui sont à la tête du mouvement continuellement progressif qui s'opère dans ce grand pays, et je désire vous communiquer mes impressions à ce sujet.

Loin de moi la prétention d'être venu ici pour présenter des choses exceptionnelles, car il ne naît pas tous les jours des Horace Wells, des Bonwill et des Taggart aux Etats-Unis ; je vous exposerai seulement des choses très simples : quelques idées nouvelles sur des maladies bien connues ou des améliorations dans les procédés communs de nos cabinets de travail ou de nos laboratoires.

Malheureusement je traite la langue française d'une façon pitoyable et bien souvent il faut me deviner avant de me comprendre ; aussi je crains avec juste raison que bien des fois le mot peut être mal choisi, ne m'éloigne de mon idée ; je vous demanderai donc d'être indulgents pour mon ignorance de la langue française et de ne pas trouver un double sens dans mes paroles.

Ainsi que M. le Président vient de le dire, je suis, en effet, un vieil élève de l'Ecole dentaire de Paris ainsi

qu'un ancien membre de votre Société, conservant pour toutes deux des liens indestructibles de gratitude et de sympathie. Je puis ajouter que je continue à être l'élève de l'Ecole dentaire de Paris, car, suivant attentivement ses travaux et ceux de cette Société qui constituent un des grands facteurs du progrès de notre science et ont rempli plusieurs des plus brillantes pages du Livre d'Or de l'histoire de l'odontologie, je m'efforce, depuis que j'ai quitté ses bancs, de suivre ses pas, appliquant ses méthodes et ayant toujours présent à l'esprit le modèle inimitable de l'homme qui a consacré au relèvement de la profession et à cette Ecole tous ses efforts et les meilleurs jours de sa vie.

Mon intention n'est pas d'étudier ici les méthodes d'enseignement des écoles aux Etats-Unis ; vous les connaissez du reste très bien d'après les remarquables travaux de Dubois, Gros, Lemerle, Godon, Sauvez, etc., et, d'autre part, ce sujet serait inépuisable puisqu'il y a environ 60 de ces écoles aux Etats-Unis, parmi lesquelles je n'ai pu en visiter que quatre. Je ne m'occuperai donc que de quelques détails qui m'ont intéressé au cours de ces visites et principalement de celles faites aux écoles de Chicago.

Ces écoles occupent de grands bâtiments de plusieurs étages, ont de très vastes salles convenablement éclairées pour les cliniques, de grands laboratoires (un spécial pour chaque année d'études) pour les travaux techniques et la prothèse, plusieurs amphithéâtres, dont certains peuvent contenir 600 élèves ; la salle de clinique de la « Northwestern Dental School » a 120 fauteuils Wilkerson avec crachoirs Clark.

J'ai eu la bonne chance d'assister à l'inauguration des cours de la « Northwestern Dental School » et du « Chicago Dental College ». Cette cérémonie a lieu d'une façon tout à fait solennelle : le doyen de l'Université y assiste, fait son discours, puis le doyen de l'Ecole présente un à un tous les professeurs aux élèves, et les professeurs adressent quelques mots aux étudiants ; cette habitude, à laquelle je n'ai jamais vu les professeurs manquer, consiste de leur part à

raconter aux élèves une petite histoire, accueillie par ces derniers avec de grandes acclamations.

C'est ainsi que j'ai entendu, à l'inauguration de ces cours, des professeurs s'éloigner tout à fait de leur sujet pour donner aux élèves de paternels conseils sur la façon de vivre ou sur les mesures d'hygiène à prendre pour préserver la santé. A ce propos je dois dire que beaucoup de professeurs prêchent d'exemple, et l'un d'eux me disait que, pour donner un exemple de sobriété à ses élèves, il ne buvait pas ainsi que le font certains professeurs.

Ces faits et l'attention qu'ils apportent à leurs leçons, leur attirent de grandes marques de sympathie parmi les étudiants. Il m'a semblé que ces professeurs essayent d'éveiller des sentiments qui donnent des résultats ultérieurs profitables à leur propre école, car la rivalité qui existe entre ces écoles a pour conséquences une grande émulation parmi les professeurs, émulation qui se traduit au bénéfice de la renommée de l'école, de l'enseignement et de la science.

Pour maintenir l'esprit de corps entre les professeurs un dîner amical les réunit tous mensuellement ; à ce dîner on échange des idées sur les meilleures mesures à prendre pour la bonne marche de l'école ; les chefs de clinique et les démonstrateurs se réunissent de la même façon deux fois par mois et les professeurs de toute l'Université chaque trimestre.

Il y a des hommes éminents dans ces écoles ; le professeur Black à la « Northwestern Dental School », les docteurs Brophy et Johnson au « Chicago Dental College », les docteurs Kirk, Broomel, et Truman à Philadelphie, Goslee, Buckley, Case, Week, Prothero et tant d'autres qui ont acquis une renommée universelle par leurs remarquables travaux.

Les professeurs Black et Johnson à Chicago, admirés et respectés de tous leurs élèves, sont des figures vraiment saillantes. Le professeur Black, malgré ses 76 ans, travaille encore du matin au soir : tout dévoué à son école il vit en

elle et pour elle; il y a établi son cabinet pour ses recherches personnelles et répartit son temps entre ses travaux et son Ecole.

J'ai passé avec lui des heures entières à examiner ses multiples travaux, car il éprouve une satisfaction très vive à montrer ses infinies collections de coupes, son microtome avec lequel il fait ces coupes d'une finesse extrême, et son micromètre qui a rendu tant de services pour l'étude des amalgames.

Il me raconta à ce propos qu'ayant confié la fabrication de ce dernier appareil à un ouvrier pour la somme de 100 dollars il ne fut pas satisfait de l'exécution et demanda le concours d'un autre ouvrier moyennant 500 dollars ; ce second appareil n'étant pas mieux réussi que le premier, il résolut de le faire lui-même et, cette fois ce fut vraiment l'appareil de sa conception. Lorsqu'il vous parle de ses travaux et vous montre ses instruments vous voyez la figure de ce noble vieillard s'animer, en exprimant tout l'amour qu'il a pour la science et pour le travail.

Le professeur Johnson jouit aussi avec justice d'une haute autorité, il aime sa chaire d'enseignement, ses élèves, et est très aimé d'eux; c'est le doyen des étudiants et pratiquement le doyen du « Chicago Dental College ». Ayant une vaste et solide instruction, la parole facile et brillante, il sait captiver l'attention de ceux qui l'écoutent aussi bien lorsqu'il traite un sujet banal qu'un sujet de très haute importance. Maître des maîtres en dentisterie opératoire, il est considéré aux Etats-Unis comme un des plus habiles opérateurs de nos jours ; homme du monde et d'un savoir-faire exquis, il oblige autour de lui tous ceux qui ont la chance de le connaître. De même que le Dr Black et les autres collègues que j'ai connus aux Etats-Unis, il est doué d'une grande modestie; cette modestie, semble-t-il, croît chez ces hommes au fur et à mesure de leur savoir et de leur renommée.

Dans ces établissements on attache une grande importance à l'enseignement technique ; des professeurs sont chargés de ce service du matin au soir, font des statistiques très sé-

vères sur les travaux des étudiants et n'ont aucune complaisance pour ces travaux, qu'ils refusent impitoyablement s'ils ne sont pas bien réussis. A la « Northwestern D. S. » on doit obtenir un minimum de 1200 points en une année scolaire, un nettoyage comptant pour 2 points et une aurification moyenne pour 5 points. Ce qu'il y a de plus remarquable dans les écoles de Chicago, c'est la systématisation de l'enseignement : en effet, j'ai observé avec quelle précision tout est déterminé par un plan dans les travaux pratiques, aussi bien dans les laboratoires que dans les salles d'opérations ; ce plan, bien combiné, va graduellement, préparant l'instruction et la dextérité de l'élève qui, pour arriver au but, est bien surveillé. L'élève ne peut employer dans tous ses travaux que les instruments rigoureusement indiqués par la Direction de l'école, l'emploi de ces instruments lui est démontré dans ses moindres détails, d'une façon méthotique et complète; j'ai causé avec des élèves venant d'écoles étrangères qui m'ont dit qu'ils étaient très satisfaits des résultats obtenus par ces méthodes. L'enseignement didactique est donné d'accord avec ce même plan.

Je ne saurais dire à quelle branche on prête le plus d'attention, je crois qu'on donne une importance également considérable à toutes, à l'exception toutefois de la porcelaine qui perd visiblement du terrain dans certaines écoles. Ainsi on a fait l'année dernière à la « Northwestern D. S. » 12.000 obturations, 772 incrustations d'or et seulement 45 porcelaines. Bien entendu la méthode de Black pour la préparation des cavités est de rigueur dans toutes ces écoles. On fait beaucoup d'aluminium estampé et coulé dans les écoles de Chicago; le cauchemar des étudiants du « Dental Hall » de Philadelphie est de faire une pièce à succion en métal estampé, avec les dents, un renforcement autour de la plaque et une chambre à air, le tout soudé sans laisser le moindre petit trou, car on serait obligé de recommencer la pièce. On donne aussi une grande importance à l'étude de l'orthodontie ; à la « Northwestern » on emploie la méthode d'Angle, celle de Case au « Chicago Dental College ». Le

professeur Case fait une conférence à l'école deux fois par mois, mais pratiquement le professeur de la matière est le Dr Grisamore. Aimant beaucoup son métier, le Dr Grisamore emploie de nombreuses heures à suivre les malades dont il a commencé le traitement et bien que nous ne fussions qu'au commencement de l'année, j'ai vu 40 cas d'irrégularités en traitement. Le Dr Grisamore, qui paraît ne jamais rencontrer de difficultés, me disait que l'année dernière, 100 de ces mêmes cas avaient été traités; il me montra le cas d'une personne d'un certain âge à laquelle il se proposait de redresser les dents ; sur mon observation relative à l'âge du sujet, il me répondit : « That is no matter », c'est-à-dire « Cela n'a pas d'importance ». Dans beaucoup de cas le Dr Grisamore préfère la force occipitale à la force intermaxillaire, parce que, dit-il, « la mâchoire inférieure se déplace toujours beaucoup plus que la mâchoire supérieure quand on emploie le dernier procédé ».

J'eus la conviction, après avoir fait la connaissance du Dr Grisamore, que l'orthodontie est une réalité, ainsi que bien des cas que je ne supposais possibles que dans les textes ou sur les illustrations.

J'ai vu, à la clinique de Chicago, des bouches impossibles qui furent complètement corrigées ; j'ai pu y voir également de nombreux cas d'anomalies de position des canines plantées hors l'arcade, qui furent ramenées à leur place normale en leur fixant une petite vis destinée à maintenir le caoutchouc pour exercer la traction.

Au « Chicago Dental College », ainsi que je l'ai déjà dit, on emploie la méthode de Case, c'est-à-dire que l'on pratique l'extraction, on y fait usage du « Contouring apparatus » et du bonnet muni de caoutchoucs élastiques. Le Dr Grisamore préfère pour la rétention de l'arc le demi-jonc à la ligature.

Les étudiants de Chicago ont des caractéristiques si particulières que je ne puis m'empêcher de dire quelques mots à leur sujet : la plupart d'entre eux sont des travailleurs acharnés, je les voyais déjà au travail lorsque j'allais à

l'école dès le matin, et bien des fois quand j'y retournais dans la soirée, je les retrouvais encore là, semblant vissés pour ainsi dire au pied du fauteuil ou à leur place dans le laboratoire. Il y a des élèves très pauvres dans ces écoles, certains d'entre eux sont obligés de vivre à trois ou quatre dans la même chambre et souvent aussi de coucher à deux dans le même lit. Ils étudient en même temps qu'ils gagnent leur vie soit comme garçons de café, vendeurs dans les magasins ou employés aux tramways et même comme « policemen » aux heures d'agglomération dans le centre de Chicago. Il y a dans chaque école un restaurant au rez-de-chaussée où le service est fait par les élèves pauvres. Un de ces étudiants, avec lequel j'ai causé sur sa façon de vivre, m'a dit qu'il suivait les cours de l'école pendant la journée, étudiait le soir jusqu'à minuit et servait dans un restaurant de 6 à 8 heures du matin pour se procurer de quoi subvenir à ses besoins. Un autre, qui se distingue à l'une de ces écoles comme l'un des premiers aurificateurs, s'occupe du nettoyage des crachoirs de cet établissement.

Pour entrer dans ces écoles il n'est pas nécessaire d'avoir le baccalauréat, aussi est-on très étonné que des élèves puissent aborder l'étude de certaines matières vraiment compliquées. Le programme de Brophy, par exemple, comprend les ligatures de l'artère linguale, faciale et du maxillaire interne, l'amputation partielle et totale de la langue, l'extirpation du ganglion de Meckel, etc., etc.

Il y a beaucoup d'élèves étrangers étudiant l'odontologie à Chicago ; j'ai remarqué parmi eux des Français, des Espagnols, des Grecs, des Allemands, des Norvégiens, deux médecins belges et surtout des Américains de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud.

L'exemple de Peeso commence à avoir des imitateurs ; une école similaire pour postgraduates s'est établie à Philadelphie, elle est dirigée par le Dr Jarman. Dans cet établissement on enseigne séparément trois branches de l'art dentaire : la dentisterie opératoire, aurifications et inlays d'or, la porcelaine et surtout les brigdes mobiles. Pour ce

travail on dévitalise les dents de support, car l'on fait toujours de grandes résections des tissus dentaires.

Lorsque les bandes sont faites on prend l'empreinte avec du plâtre, sans porte-empreinte ; les pièces ne sont jamais essayées dans la bouche. Les bridges sont entièrement faits au chalumeau, c'est-à-dire que l'on n'emploie pas d'or coulé pour les couronnes dont les tubercules doivent être très solides. On apprend à cette école un travail parfait.

Je considérerais ce récit comme incomplet si je ne vous disais quelques mots sur les dentistes de Chicago, dont je connais un grand nombre.

Un jour un professeur de la N. D. S. me présenta sept de ses collègues les plus réputés qui me firent un accueil très chaleureux. Ces confrères ne sont nullement gênés si l'on se présente à leurs cabinets lorsqu'ils sont occupés à soigner des malades, bien au contraire on dirait qu'ils considèrent cela comme une distinction et lorsqu'ils vous connaissent vous démontrent sans réserves tout ce qu'ils savent.

Ceux qui ne connaissent pas une ville américaine s'étonneront en apprenant qu'un quart des dentistes, et il y en a 2.000 à Chicago, exercent leur profession au centre de la ville. Ils sont groupés, tous dans un même quartier, occupant en commun des bâtiments énormes dans lesquels les appartements sont divisés et forment plusieurs cabinets, occupés par des dentistes tout à fait indépendants les uns des autres ; ces cabinets ouvrent sur un vestibule qui sert de salle d'attente commune aux clients des différents cabinets. J'ai remarqué un édifice dans lequel résidaient 25 dentistes et 25 médecins, tous au même étage. 200 dentistes sont établis dans le Masonic Temple.

On tend à la spécialisation à Chicago ; ainsi plusieurs dentistes ne font que des extractions, d'autres que des bridges, des porcelaines, certains ne s'occupent que du traitement de la pyorrhée, etc., etc. Il y a aussi sept spécialistes d'orthodontie. Cette tendance est un avantage pour les malades et pour l'avancement de la science.

Le Dr Black prépare en ce moment un important ouvrage

sur la pathologie buccale, devant paraître l'année prochaine, et fait en même temps d'autres travaux qui ont pour but l'étude des calculs buccaux. A ce propos, le Dr Black, qui fait des expériences sur lui-même et qui porte un dentier complet supérieur en caoutchouc, a vissé sur les molaires postérieures de ce dentier un support en or qui a la forme d'une petite glissière sur laquelle il adapte une lamelle de verre très mince, qu'il peut enlever du support métallique pour la regarder au microscope.

D'après le Dr Black les calculs buccaux sont précédés par la formation sur les corps solides, dents, plaques ou dentiers, d'un précipité colloïde, glutineux, absolument transparent. Au toucher cette matière donne la sensation d'un corps gras collant légèrement aux doigts ; il lui faut, ainsi qu'aux calculs, un corps dur pour se développer, car sur des surfaces molles telles que la gencive elle est balayée par la salive. Ce corps ne se dissout pas dans l'eau froide ou chaude ; très coagulable à la chaleur, il devient sous cette action d'une couleur blanc d'œuf. Si l'on soumet à l'action de l'eau bouillante un dentier sur lequel cette substance s'est déposée, les dents apparaîtront couvertes d'une pellicule blanche ; cette matière, quoique très adhérente, peut être enlevée facilement au moyen d'une brosse et au moins six à douze heures après sa formation ; l'opération devient plus difficile au bout de 24 heures, mais après un séjour d'une semaine sur un corps, l'eau et la brosse ne suffisent plus à l'enlever.

Cette substance que Black dénomme matière agglutinante ou glutinine, et que Rodriguez Ottolengui a proposé d'appeler glutinine de Black, est, d'après ce dernier, déjà formée avant qu'elle soit sécrétée avec la salive, ou se produit au moment où le liquide sort des conduits salivaires.

En examinant cette matière au microscope elle apparaît en certains points comme une substance amorphe formée au centre de globules et de cylindres. Avec un fort grossissement on peut voir que ces globules sont formés eux-mêmes de globules plus petits, comprimés les uns par les

autres. Ce corps est libre de micro-organismes dans les premières heures de sa formation, quoique les cellules épithéliales déposées dessus les contiennent.

La quantité de cette glutinine est variable et dépend, paraît-il, ainsi que les calculs qu'elle contribue à former, de la nature ou qualité de l'alimentation, au point qu'on peut contrôler et même augmenter sa formation d'après les aliments qu'on ingère; ainsi la viande, le beurre et en général les aliments riches en substances nutritives la produisent en abondance. Elle se forme principalement aux environs des conduits excréteurs des glandes salivaires; le Dr Black suppose que cette matière agglutinante provient d'un défaut de métabolisme nutritif général, ce métabolisme dépendant lui-même de la formation d'une grande quantité de chyle qui ne peut pas être assimilé par l'organisme. Cette substance est indispensable à la formation des calculs, autant sérumaux que salivaires, car ceux-ci ne dépendent pas de la richesse du sang en sels calcaires ou de la salive, mais de la quantité de glutinine déposée en certains points de la bouche. Les calculs se forment par une action chimiotaxique positive, qui s'opère entre les sels en solution dans la salive et la glutinine ; les micro-organismes absents au début de la formation de la glutinine se présentent en très grand nombre au bout de quelques heures, se mêlent avec les sels et la glutinine, produisant le durcissement des calculs.

Dans la réunion annuelle de la « Dental Society » de Brooklyn le Dr Black exposa ses idées sur les origines de la pyorrhée alvéolaire et, chose étonnante, les localistes, aussi bien que les généralistes, si je puis les appeler ainsi, se sentirent réconfortés dans leurs opinions par les paroles du Dr Black. Le plus grand nombre de cas graves de pyorrhée alvéolaire est attribué par le Dr Black aux blessures des gencives et de l'espace septal. Ces blessures produisent soit des abcès septaux, soit des décollements de la gencive et du ligament alvéolaire qui offrent un logement aux corps étrangers, aliments, etc., et donnent lieu à la formation de poches suppurantes.

Ainsi, d'après Black, un seul espace septal attaqué peut, s'il n'est pas soigné à temps, occasionner l'altération de l'occlusion et à la longue la perte de toutes les dents. Cet accident s'explique de la façon suivante. Lorsqu'une dent présente une poche purulente, elle tend toujours à se déplacer du côté opposé à la poche. Par suite de cette déviation, les dents avancent ou se rapprochent, laissant un espace vide qui est un point ouvert aux inflammations et aux poches purulentes futures.

C'est ainsi que la pyorrhée s'étend de proche en proche à toutes les dents. Le Dr Black ne croit pas aux contagions de la pyorrhée.

Ce qui fit penser qu'il attribuait la pyorrhée à une cause générale, c'est qu'en parlant des calculs sérumaux il fit remarquer qu'ils commençaient à se former par une exagération de la sécrétion normale de l'espace septal due à une excitation des tissus, et qu'il croit qu'il faut une altération, même passagère, du système général ou de la nutrition pour produire la glutinine et par suite le calcul.

En parlant de la réimplantation et de l'implantation pour le traitement de la pyorrhée, Black dit que l'implantation a été déjà faite il y a 150 ans, il ajoute que l'implantation d'une dent stérilisée dans un alvéole propre et nouveau offre plus de garanties de succès que n'importe quel traitement connu.

La réimplantation et l'implantation ne donnent pas de meilleurs résultats parce que des antiseptiques sont employés avant et pendant l'opération avec l'idée erronée de mettre la dent et la bouche dans de bonnes conditions. Bien au contraire, la cicatrisation est entravée par l'usage des antiseptiques qui, d'après le Dr Black, font plus de mal que de bien, et contre lesquels il a commencé une vigoureuse campagne. Il ajoute qu'il faut avoir plus de confiance dans les forces naturelles de l'organisme, phagocytose, opsonines, lysines, glutinines, etc. que dans celles des agents qui gênent l'action des moyens de défense, car tout antiseptique qui lutte dans l'organisme contre les bactéries

paralyse en même temps le travail des cellules défensives, et, en tuant les microbes, détruit aussi le pouvoir de la cellule.

Placez par exemple une certaine quantité de microbes sur une blessure propre, il n'y aura pas de suppuration ; traitez de la même façon une blessure désinfectée avec de l'iode, elle suppurera. Black conseille donc pour le traitement des poches suppurées, abcès, etc. le nettoyage au chlorure de sodium, les tissus faisant le reste par leurs propres moyens de défense.

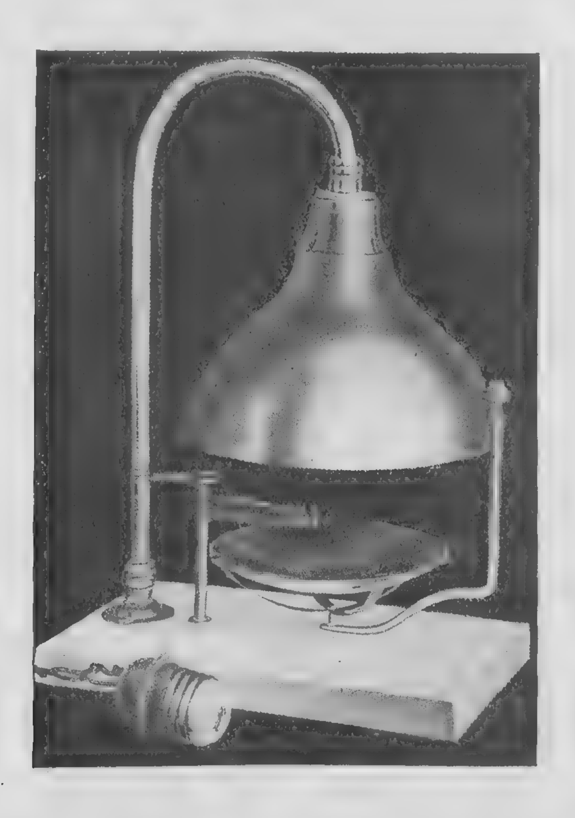
Le Dr Case, auquel je fus présenté, m'invita avec cette camaraderie sympathique des Américains à aller le voir. Il me montra plusieurs cas d'orthodontie, entre autres une solution de continuité du voile du palais qui l'intéressait beaucoup à ce moment-là. Pour la confection des obturateurs il a changé un peu de méthode : il ne prend que l'empreinte de l'ouverture et emploie pour cela du plâtre au lieu de godiva.

Dès que le modèle est obtenu il construit au godiva un rebord embrassant bien les bords de la solution des deux côtés et fixe sur l'extrémité postérieure du godiva un fil de fer qu'il peut plier, suivant la forme de l'ouverture et les mouvements du voile et du pharynx. Ce travail lui donne l'impression exacte des parties, de la forme et de l'extension qu'il doit donner à la partie postérieure de son appareil.

Il m'invita à aller voir le lendemain l'essayage de cet appareil, qui s'ajustait très bien sur les bords du palais, ainsi que sur les bords flottants du voile et sur le pharynx. Il fit parler le malade : celui-ci s'exprimait beaucoup mieux, bien que l'appareil fût encore en godiva, qu'avec un voile mou à charnières qu'il portait depuis longtemps. Le grand avantage de l'appareil de Case, c'est sa simplicité, sa légèreté et son efficacité. Il vulcanise son obturateur dans un nouveau moufle qu'il a inventé dernièrement et sur le métal Babbets. Je dois dire à ceux qui s'intéressent à ce sujet, qu'ils trouveront tous les détails de son procédé dans un livre qui doit paraître prochainement.

Le Dr Taggart, auquel j'ai également rendu visite, m'a montré ses nouveaux et magnifiques appareils pour le mélange des revêtements et le chauffage des moufles contenant la cire pour inlays, bridges, etc.

Il croit que beaucoup d'inlays sont mal faits parce que la cire employée est mauvaise, et que le plâtre est mal mêlé, ou encore parce qu'on chauffe mal le moufle. Il a essayé 1150 qualités de cire avant d'en trouver une convenable. Pour la préparation de la cavité pour inlays il conseille d'employer les pierres, au lieu des instruments en acier.



L'appareil à chauffer la cire comprend une petite lampe et un plateau légèrement conique destiné à recevoir la cire en forme de petits cônes. La lampe est alimentée par un filament de charbon, donnant plus de chaleur que celui de tungstène, qui éclaire plus qu'il ne chauffe. On allume

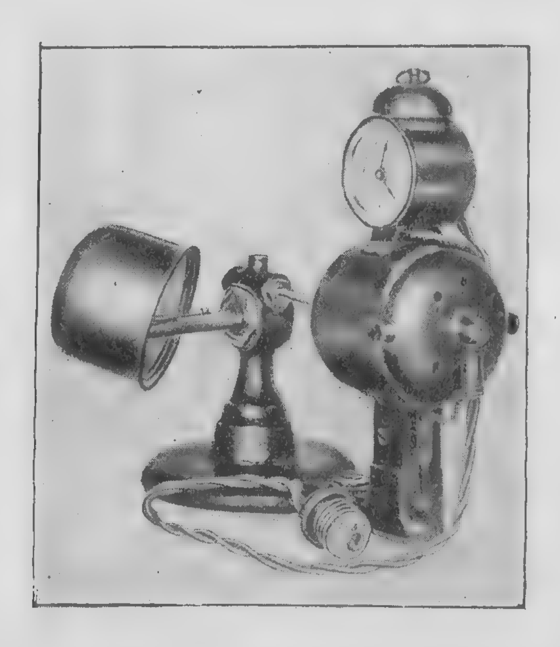
la lampe en commençant à préparer la cavité et bientôt la cire est prête. La lampe s'allume et s'éteint automatiquement au moyen d'un thermostat, la lampe en chauffant le thermostat coupe le courant, et quand le thermostat se refroidit, la lampe s'allume de nouveau ; elle peut ainsi s'éteindre ou s'allumer plusieurs fois à la minute. Taggart me fit examiner la cire qui avait été des heures entières sur le plateau sans fondre, et je constatai qu'elle était aussi molle à l'intérieur qu'à la surface.

L'appareil à mêler le plâtre n'est pas moins ingénieux. De l'exactitude de cette opération dépend en grande partie le succès des inlays. Non seulement Taggart dit que le plâtre est mal mêlé, mais aussi qu'on le chauffe trop d'habitude. Pour avoir des résultats parfaits il dit qu'on doit chauffer le moufle le temps nécessaire pour produire l'évaporation de la cire, et il ajoute qu'il n'a jamais fait un inlay avec un moufle dont la température était plus élevée que la température de sa chambre. Quand on chauffe mal ou trop un moufle, il se produit, aussi bien dans la masse du revêtement que dans la cavité laissée par l'évaporation de la cire, un mouvement d'expansion qui fait manquer les inlays.

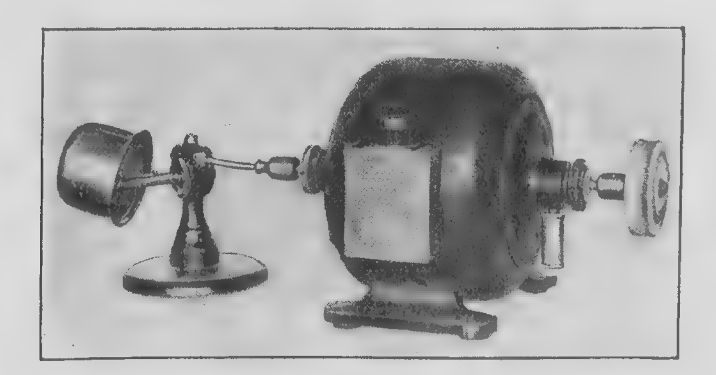
Pour obtenir de bons résultats dans les travaux en or coulé on doit commencer par bien doser la quantité de plâtre et d'eau ; à cet effet Taggart a inventé une cuillère double, qui se vend avec le revêtement, pour peser le plâtre et l'eau.

Il existe deux appareils pour mêler le plâtre : l'un avec un tambour, un tour, et une petite pendule à sonnerie ; l'autre plus simple, pouvant s'adapter à un tour électrique quelconque de laboratoire, muni d'un mécanisme qui imprime à un petit tambour un mouvement rythmique rotatif. Le plâtre et l'eau sont introduits dans le petit dépôt, on met l'appareil en marche, et le mélange se fait sans bulles dans le revêtement qui sort de l'appareil assez liquide. D'après le Dr Taggart, il donne ainsi de meilleurs résultats que lorsqu'on l'emploie plus épais, car de cette façon on s'expose à

avoir moins de bulles d'air dans la masse, et par conséquent moins de grains dans l'inlay.

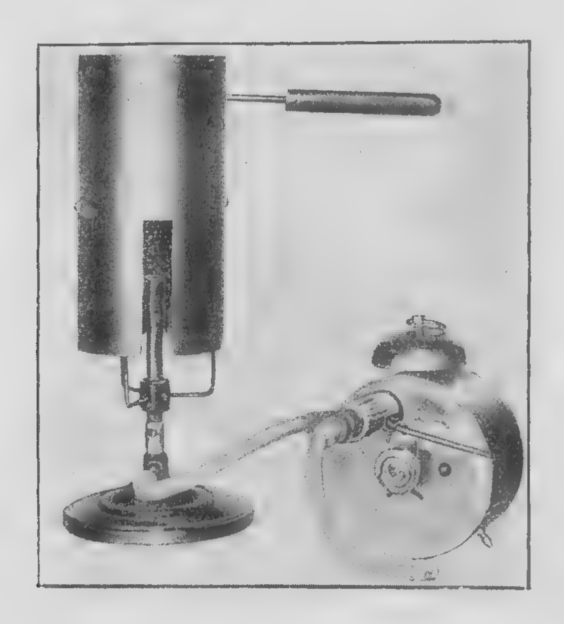


L'appareil à chauffer le moufle permet une évaporation lente et graduelle de la cire. Il marche automatiquement et donne successivement trois degrés de chaleur.



Cet appareil chauffe le moufle toujours à la température convenable sans détériorer les modèles qui sont dedans.

Taggart croit qu'il est d'une grande importance de ne pas trop chauffer le moufle surtout quand on veut y faire l'union des métaux par le coulage, le surchauffage produisant des oxydations entre les métaux. Le charbon qui reste fixé sur les parois de la cavité suffit à absorber ces oxydes si l'on chauffe le moufle convenablement.



Je trouve très originale l'idée du Dr Fernandez relative au moyen rapide de trouver les instruments nécessaires pendant nos travaux sur les malades : il a imaginé un système forçant nos aides à remettre toujours le même instrument à la même place. Ce système consiste à munir tous les instruments d'un anneau placé sur chacun d'eux à une hauteur différente et à terminer les bouts inférieurs des instruments par des formes diverses ; de cette façon on s'aperçoit immédiatement si un instrument n'est pas à sa place.

Le Dr Arthur Black, fils du directeur du Northwestern D. S., a eu l'obligeance de me donner avant mon départ une copie d'un travail qu'il devait lire, quelques jours

après, devant la Northern Illinois Dental Society, sur le diagnostic et le traitement des abcès alvéolaires chroniques [1].

D'après le Dr Black les dentistes n'attachent pas à cette maladie l'importance voulue, car bien des fois elle produit des manifestations générales qui gênent beaucoup les sujets et dont l'origine est absolument méconnue. Il cite pour prouver cette affirmation deux cas.

Dans le premier il s'agit d'une femme qui souffrait de violents maux de tête ; elle consulta plusieurs médecins et même s'interna dans un hôpital pour six semaines, sans trouver aucun soulagement à son mal. Souffrant de la carie d'une bicuspide inférieure, elle alla voir un dentiste auquel elle parla de ses maux de tête. Celui-ci, s'apercevant de la présence d'un abcès alvéolaire sur une des incisives inférieures, pensa à une relation de cause entre l'abcès et les maux de tête. Comme cette femme avait été soignée auparavant par plusieurs dentistes qui n'avaient pas attaché d'importance à son abcès, elle douta de ce diagnostic. Mais ne trouvant pas de soulagement, elle se décida, sur les insistances de ce dentiste, à se laisser opérer. La racine fut reséquée, la cavité curettée et depuis la malade ne souffrit plus du mal de tête.

L'autre cas est celui d'une femme qui avait perdu deux enfants de tuberculose. N'étant elle-même pas très forte, elle commença à souffrir de maux de tête avec des accès de fièvre légère. Elle était très alarmée de son état. Le Dr Black fut consulté. Les dents et les gencives étaient en apparence en bon état, mais les rayons X firent voir un abcès borgne sur la racine d'une canine obturée depuis quelques semaines. La dent fut enlevée, la fièvre et les maux de tête disparurent.

On ne doit pas se contenter, comme le font d'habitude beaucoup de nos confrères, de constater l'existence d'un abcès, il faut bien déterminer l'état de la dent elle-même

1. Nous publierons ce travail ultéri urement.

et des tissus environnants, pour établir un traitement convenable en rapport avec ses lésions.

Pour faire cet examen il nous faut quelques instruments, une sonde ou stylet très mince, un explorateur résistant et pointu, une paire d'instruments avec des lames courbes et minces aux bords arrondis, et les rayons X. Avec ces moyens nous pouvons savoir ce qui est nécessaire, soit sur l'état de la racine, sa dénudation, l'extension de la dénudation, l'état de la membrane alvéolaire et de l'os, l'absorption de ces tissus, etc. Les rayons X nous aideront très efficacement pour les abcès fermés ; dans les abcès avec fistule on peut faire avec les moyens que je viens d'indiquer un diagnostic très précis des conditions des tissus et de la dent.

L'état de la membrane alvéolaire doit nous servir pour régler notre conduite à l'égard du traitement. On ne peut espérer, si la racine est très dénudée, que dans les moyens chirurgicaux, car il n'y a aucune possibilité de rattachement des tissus dans ces conditions. Quand l'état de la racine permet d'établir un traitement thérapeutique, le Dr Black fils, tout comme son père, s'élève aussi contre l'usage des antiseptiques, car il croit également qu'ils font plus de mal que de bien. L'eau stérilisée réussira mieux, si la racine n'est pas dénudée, que l'antiseptique le plus puissant.

Le traitement chirurgical consiste dans: 1° le nettoyage et l'obturation des racines si les lésions de la membrane alvéolaire sont légères ; 2° la résection radiculaire pour les dents de devant, les bicuspides supérieurs et les racines buccales des molaires supérieures, si la dénudation est considérable, mais la dent solide ; 3° l'amputation de la racine malade dans les dents multiradiculaires, les autres racines étant solides ou en bon état ; 4° l'extraction si la racine est très dénudée et la dent mobile.

La première fois que le Dr Welden, de Brooklyn, parla de la porcelaine coulée, ce fut devant la « Central Dental Association of Northern New Jersey ». Il dit qu'en fai-

sant des expériences sur les silicates il découvrit qu'on pouvait faire un alliage des silicates comme on fait un alliage des métaux fusibles de Rose, Mellotte, etc. Dans beaucoup de cas ces métaux, quand ils sont combinés, fondent à une température inférieure à leur température propre de fusion. Le même phénomène se produit avec un silicate qu'il a découvert. Ce silicate est composé de silex, feldspath, kaolin, fluorpath et d'autres composés dont l'auteur réserve le nom et la formule.

M. Welden dit que sa composition est plus dense que toute porcelaine et qu'après le coulage elle est 1,82 fois plus résistante que la porcelaine de basse et de moyenne fusion. Elle s'adapte mieux que l'or aux parois de la cavité.

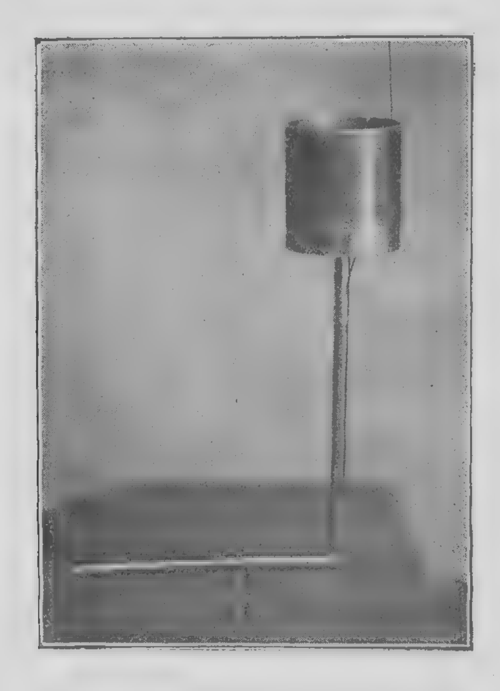
Pour augmenter la densité de la porcelaine, le Dr Welden conseille de chauffer au rouge le moufle une ou deux fois après que la porcelaine a été coulée.

On vend actuellement 12 nuances et d'autres couleurs sont en préparation. Si la porcelaine change de couleur, le Dr Welden prépare quelques nuances que l'on pourra appliquer sur l'inlay fait. On fixera la couleur dans le four que nous employons pour faire la porcelaine.

M. Welden croit que les revêtements connus pour les inlays en or contiennent des impuretés, telles que du fer, du sodium, etc. et il a préparé un revêtement spécial pour couler la porcelaine composé de magnésie, de plâtre et de silex pur. Il dit que sa porcelaine n'est pas du verre, que tous les verres sont transparents, que sa porcelaine ne l'est pas, qu'elle a le caractère de toutes les porcelaines et qu'elle fond à la même température que l'or.

Ceux qui ont dans leur laboratoire des appareils pour comprimer l'air, pourront employer avec de grands avantages l'appareil de M. Zurbrich, professeur de dentisterie opératoire à l'école du Dr Jarman, à Philadelphie. Je n'ai jamais vu manquer un travail avec cet appareil, qui est des plus simples et des plus efficaces, s'appliquant à toute table ; il donne dans les travaux de l'or et de la porcelaine

coulés des résultats merveilleux. Il consiste en un tube coudé ; d'un côté on place un récipient pour le moufle, de l'autre côté le tube en caoutchouc pour la jonction avec un tambour où l'on a fait le vide : c'est tout. Ceux qui ne peuvent pas obtenir l'air comprimé pourront l'employer quand même, en faisant le vide dans un récipient métallique, soit avec une pompe à bicyclette ou même avec la soufflerie que nous employons pour le chalumeau.



Me voici arrivé au terme de cette sorte d'enquête. Je crois qu'il est temps de m'arrêter et de vous remercier de votre aimable accueil et de votre attention soutenue. Excusez-moi si j'ai abusé de votre patience avec cette monotone et longue dissertation.

Je serais bien heureux si vous pouviez tirer quelque profit de ce que je viens de vous exposer, car j'ai appris de vous bien des choses.

Monsieur le Président, quand j'ai su que vous étiez désigné pour occuper ce fauteuil que vous méritiez hautement

par votre savoir et votre honorabilité, je me suis dit : *That is the right man in the right place.*

Permettez-moi de vous faire remarquer, monsieur le Président, que vous êtes au-dessus de mes mérites en m'adressant vos indulgentes paroles, dont je garderai un profond sentiment de reconnaissance.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Z. KAMENZOVE (Mlle). — ***Recherches sur la comparaison entre l'action cardio-vasculaire de la cocaïne et celle de la stovaïne.*** *Arch. Int. de Pharmacody. et de Thérap., vol. XXI, fasc. 1-2, 1911, p. 6.*

L'emploi de la *cocaïne* dans la pratique médicale et chirurgicale a, on ne le sait que trop, donné lieu à une série d'accidents graves suivis ou non de mort.

En 1890, Falk réunissait déjà 176 cas, dont 10 mortels.

Mlle Kamenzove répartit en trois groupes distincts les accidents dus à la cocaïne :

1° Troubles provenant de l'action *vaso-constrictive* de la cocaïne ;

2° Accidents dus aux propriétés *neuro-toxiques* de cette substance ;

3° Accidents amenés par le concours de ces deux ordres de propriétés et qui réalisent ainsi un tableau mixte.

Les accidents observés dans le *premier groupe de faits* et dus à la vaso constriction se caractérisent par la pâleur de la face et des téguments, par des vertiges, des nausées, une sensation de faiblesse générale, enfin par la syncope (anémie de l'encéphale). Ces accidents s'observent avec des doses relativement faibles de cocaïne, par exemple, après instillation dans l'œil de *deux gouttes* de cocaïne à 4 0/0 (cas de Ziem, 1885) ; après instillation oculaire de trois gouttes de cocaïne à 4 0/0 (cas de Grosholz, 1885) ; après injection sous-cutanée de *huit milligrammes* de cocaïne (cas de Tiphon, 1888) ; après injection sous-cutanée de *six centigrammes* (chez un homme) (cas de Gev et Elder, 1886) ; dans ce dernier cas la mort ne survint pas, mais fut imminente pendant quelques minutes.

Dans le *second groupe de faits*, l'auteur rapporte le cas de Montalte (1888), de Earle, le premier est suivi de mort. Dans le *troisième groupe* surtout les cas de May, Mowat, etc. On en pourrait citer bien d'autres. Le but que Mlle Kamenzove s'est proposé est de déterminer d'une façon définitive la nature et l'intensité des phénomèmes cardio-vasculaires causés par la *cocaïne* d'une part, par la *stovaïne* d'autre part. Ceci, afin de discerner par l'expérimentation si *l'absence d'accidents dus à la stovaïne* était due simplement à une prudence plus grande des opérateurs, ou si elle provenait pour une part d'une action vasculaire différente dans son essence ou dans son intensité.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les expériences chez le lapin ne permettent pas de conclusions fermes. Il n'en est pas de même de celles pratiquées sur le chien.

Chez ce dernier animal et dans les conditions dans lesquelles l'expérimentatrice s'est placée, l'action *vaso-constrictive* de la *cocaïne* se manifeste nettement par une élévation de la pression qui, le plus souvent, coïncide avec un ralentissement du pouls, parfois cependant avec

une accélération d'importance variable. Cette tachycardie doit être attribuée à une excitation de l'appareil nerveux excito-moteur du cœur.

La *stovaïne* a donné, chez les mêmes animaux qui avaient reçu la *cocaïne*, des tracés qui montrent, à côté d'une accélération constante du pouls, tantôt un abaissement de la pression, tantôt un relèvement en général modique, de cette même pression.

Comme des expériences d'un autre ordre démontrent que la *stovaïne* n'exerce aucune action fâcheuse à l'égard de l'énergie systolique, il faut conclure, dit l'auteur, non seulement à l'absence de tout effet vaso-constrictif de l'alcaloïde, mais encore à son action légèrement vaso-dilatatrice.

D'ailleurs que la stovaïne soit un vaso-dilatateur local, le fait n'est aucunement mis en doute. Ce qui reste discuté, c'est son action vaso-dilatatrice générale. Cette dernière doit être modeste à coup sûr, puisqu'elle n'amène pas un abaissement notable de la pression chez les animaux, chez lesquels la tachycardie fait défaut.

En définitive il faut conclure à la vraisemblance d'une action vaso-dilatatrice générale de la stovaïne, action qui ne serait pas de grande énergie d'ailleurs. Même nous bornerions-nous à admettre la simple absence de tout effet vaso-constricteur, cela nous suffirait au point de vue clinique, puisque, de ce fait, les accidents primitifs provoqués par la *cocaïne* (syncopes par vaso-constriction) ne sont pas à craindre avec la *stovaïne*.

(*Biologie médicale.*)

N. Sulzberger. — **Solution inaltérable de cocaïne.**

L'auteur propose la formule suivante comme douée de propriétés antiseptiques et calmantes :

Cocaïne.	10 parties
Acétate de phényl.........	90 —

Il ajoute qu'en art dentaire on peut augmenter la concentration :

Cocaïne....................	10 parties
Acétate de phényl.........	50 parties

(*Pharmaceutische Centralhalle*, 1911, page 179.)

J. Narbona. — **Nouveau procédé d'obtention du chloroforme.**

On utilise la décomposition de l'acétone sous l'influence du chlorure de sodium et de l'électrolyse.

On introduit dans une cornue de fer émaillée 500 litres de solution de chlorure de sodium à 20 o/o ; on porte à l'ébullition et l'on fait passer un courant électrique de 120 volts, 0,2 ampère par centimètre carré de superficie anodique. On règle l'arrivée de l'acétone à raison de 8 kilogs en 2 heures. Le chloroforme distille dans un serpentin et le liquide condensé se sépare en deux couches, l'une formée de chloroforme et l'autre d'un mélange d'eau et d'acétone.

Le produit qui est souillé de composés chlorés doit être rectifié pour l'anesthésie.

(*Gaceta farmaceutica Españôla*, juillet 1911.)

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

Reconnues d'utilité publique.

Fête de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

7 décembre 1911.

Pour la seconde fois les deux écoles dentaires parisiennes reconnues d'utilité publique (Ecole dentaire de Paris, Ecole odontotechnique) ont célébré en commun, conformément à l'entente intervenue en 1910, leur fête annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

Cette solennité, qui représentait pour l'Ecole dentaire de Paris la 32e séance annuelle de ce genre et pour l'Ecole odontotechnique la 28e, a eu lieu, cette fois, sur la rive droite, dans la salle de la Société des Agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes, le jeudi 7 décembre 1911, à 9 heures du soir.

Elle était présidée par M. Couyba, ministre du Commerce et de l'Industrie, avec le concours de MM. P. Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, ces derniers présidents du Comité de patronage des Ecoles.

Ainsi que cela a été dit antérieurement, mais il est bon de le rappeler; les écoles dentaires ressortissent à trois départements ministériels : l'Instruction publique, en raison de l'enseignement scientifique et médical qu'elles donnent ; le Commerce et l'Industrie, à cause de l'enseignement technique qu'on y reçoit; l'Intérieur, par suite des dispensaires qui leur sont annexés. Ces écoles peuvent donc faire appel au même titre tantôt à l'un, tantôt à l'autre du chef de ces départements pour la présidence des fêtes de ce genre.

C'est ainsi que le ministre de l'Instruction publique a eu cette présidence, à l'Ecole dentaire de Paris, du moins, en 1888, 1891, 1902, 1910 ; que le ministre du Commerce l'a occupée en 1888, de concert avec son collègue, en 1896, en 1901 ; que le ministre de l'Intérieur l'a acceptée en 1892 et en 1905.

La salle de la Société des Agriculteurs de France, parfaitement disposée pour des solennités de cette nature, était décorée de drapeaux ; une assistance nombreuse la remplissait. Une musique militaire prêtait son concours à la cérémonie.

Sur l'estrade avaient pris place le président de la séance : M. le ministre du Commerce ; un représentant du ministre de l'Instruction

publique : M. Campman ; M. P. Strauss ; M. G. Mesureur ; un représentant du Conseil municipal : M. Guillard ; M. André Mesureur, chef du cabinet du directeur de l'Assistance publique ; M. Godon, directeur et M. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris ; M. Siffre, directeur et M. Franchette, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique ; M. Maleplate, président du Conseil d'administration de cette école ; M. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine ; M. Grimbert, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux et professeur à l'Ecole de pharmacie ; les Conseils d'administration et les corps enseignants des deux écoles, etc.

Le Président ouvre la séance et *M. G. Villain*, secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, fait part des excuses de MM. Grégoire, professeur à la Faculté de médecine ; Herbette, maire du 6e arrondissement ; Maréchal, maire du 8e arrondissement, Sansbœuf et Muret, adjoints au maire du 8e ; Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon ; Belot, inspecteur d'Académie ; Martin, directeur de la Monnaie ; Baillière, éditeur ; Barthelat, Cousin, Serres, professeurs ; Miégeville, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris ; Rousseau, professeur à l'Ecole odontotechnique ; Quincerot, chirurgien-dentiste.

M. Godon prononce une courte allocution pour remercier le ministre du Commerce d'avoir accepté la présidence, le ministre de l'Instruction publique et le Conseil municipal de Paris d'avoir envoyé un représentant, MM. Strauss et Mesureur de la bienveillance constante qu'ils témoignent aux écoles, et présente M. Roy, directeur de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, chargé par le Conseil d'administration de prendre la parole.

M. Roy expose la coordination de l'enseignement technique établie récemment par le ministre du Commerce, signale que les mécaniciens-dentistes sont appelés à bénéficier de cette organisation, insiste sur le caractère technique des études dentaires, qu'il ne faut pas laisser amoindrir, en sauvegardant l'autonomie de la profession. Il fait appel aux jeunes pour qu'ils montrent par leur savoir et leur habileté les résultats donnés par l'application du décret du 11 janvier 1909.

M. Siffre demande au Ministre de défendre et d'améliorer encore l'enseignement technique. Il pense que le baccalauréat ou le certificat d'études primaires supérieures suffit pour entrer dans la profession dentaire et considère que des études médicales complètes sont inutiles aux élèves en chirurgie dentaire.

M. Strauss remercie le ministre du Commerce d'être venu ; il est parfaitement à sa place dans cette solennité, puisqu'il a l'enseignement technique dans ses attributions. Les créateurs de l'enseignement odontologique en France ont emprunté à la technique ses procédés les plus délicats. Les chirurgiens-dentistes ne sont pas seulement des guérisseurs, ils sont aussi des hygiénistes et doivent s'occuper d'hy-

giène dentaire scolaire. Ils représentent l'un des groupements les plus actifs, les plus puissants, celui qui se préoccupe le plus des maux de l'humanité. Il faut que la jeune génération reste fidèle aux enseignements de ses maîtres ; qu'elle n'oublie pas que ses obligations professionnelles ne doivent jamais la détourner de ses devoirs civiques et philanthropiques et, en ce faisant, elle sera digne de la démocratie républicaine, qui aura pour elle la reconnaissance qu'elle mérite.

M. Mesureur assure de la sympathie qu'il a toujours eue pour les écoles dentaires, sympathie dont il se trouve un peu payé. Il est sur le point de faire reconnaître que les écoles dentaires ont la même valeur pour le stage que les services dentaires hospitaliers à condition qu'ils soient placés sous la direction d'un dentiste des hôpitaux.

L'enseignement professionnel n'a pas encore trouvé sa formule, si ce n'est dans les écoles dentaires, car à côté de l'enseignement on y dispose de la matière première, c'est-à-dire des gens qui souffrent, et on y est forcé d'adapter les élèves aux besoins des malades.

A côté de l'enseignement technique il y a place pour la mutualité et la philanthropie et la hâte pour atteindre le succès ne doit faire oublier ni l'une ni l'autre.

M. Guillard dit que le Conseil municipal, en le chargeant de le représenter à la séance, a voulu montrer l'intérêt qu'il porte aux écoles dentaires. Le Conseil les félicite de leur œuvre d'initiative privée, les remercie des services qu'ils rendent aux hôpitaux et les assure de son appui matériel et moral.

M. le Ministre constate que l'histoire des écoles dentaires est de nature à intéresser au plus haut point, car elles ont donné un magnifique exemple d'initiative en créant de toutes pièces un enseignement donné au hasard auparavant ; elles ont travaillé pour la collection et pour la collectivité. Il les félicite de n'avoir pas perdu de vue le caractère autonome de leur enseignement et leur sait gré de proclamer que cet enseignement se réclame du ministre du Commerce et de l'Industrie.

Il adresse des remercîments aux membres du corps enseignant, et il est heureux que son collègue le ministre de l'Instruction publique ait mis à sa disposition la décoration d'officier de l'Instruction publique pour MM. Desforges, de l'Ecole dentaire de Paris, Lee et Rodolphe, de l'Ecole odontotechnique.

Il fixe lui-même les rosettes à la boutonnière des nouveaux promus au milieu des applaudissements de l'assistance.

Il termine en annonçant que son département attribue une médaille de vermeil à l'élève le plus méritant de chacune des deux écoles.

M. Godon annonce, dans les termes que nous reproduisons d'autre part, qu'il a mission de remettre des médailles d'or à MM. Auguste Marie et Mendel-Joseph, professeurs, et Léon Bioux, chef de cli-

nique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris et trésorier, pour les remercier de leur concours, au nom du Conseil d'administration.

L'assemblée accueille cette attribution par des bravos répétés.

M. Siffre annonce de même, au nom du Conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique, l'attribution d'une médaille à M. Rousseau, le plus ancien professeur de l'Ecole ; malheureusement ce dernier, retenu au lit par la maladie, ne peut venir la recevoir.

Les applaudissements saluent également cette récompense.

Puis *M. Bruel* donne lecture du palmarès des deux écoles ; mais, comme l'année précédente, pour ne pas prolonger trop longtemps la séance, la distribution des prix n'est pas faite effectivement aux élèves : elle aura lieu ultérieurement dans les écoles.

M. Godon offre à M. le Ministre une médaille commémorative de sa présidence.

M. Couyba l'accepte en le remerciant.

L'assistance souligne la remise de cette médaille par de nombreux applaudissements.

La première partie de la cérémonie est terminée. Le Ministre est conduit avec MM. Strauss, Mesureur, Guillard et Campman au buffet, où une coupe de champagne leur est offerte par les Conseils d'administration des deux écoles, pendant que les préparatifs se font pour la soirée artistique et musicale qui va succéder à la partie officielle.

Cette soirée avait été fort bien organisée par la Commission des fêtes, notamment par M. Georges André, qui allie agréablement des goûts et des connaissances artistiques à son savoir professionnel. Le plaisir qu'a pris l'auditoire à entendre un programme bien conçu et bien exécuté et qu'il a marqué par ses fréquents applaudissements est pour les organisateurs un remercîment flatteur, auquel nous ajoutons les nôtres.

La soirée s'est terminée à une heure assez avancée, au grand regret des spectateurs qui eussent voulu la voir plus longue.

DISCOURS DE M. LE MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Messieurs,

Lorsque mon éminent collègue et ami, M. Paul Strauss, est venu en votre nom m'inviter à présider votre fête annuelle de réouverture des cours, je ne vous connaissais, je l'avoue, que de réputation. Je n'ignorais pas que l'École dentaire et l'École odontotechnique avaient grandement

contribué à rénover, en France, et à perfectionner l'art dentaire ; je savais que vos deux groupements, depuis leurs débuts, méritent les sympathies et les encouragements des pouvoirs publics, et notamment du Ministère du Commerce. Mais, à vrai dire, je n'avais pas étudié de près la genèse et le développement de vos deux associations. Je vous remercie, Messieurs, de m'en avoir fourni l'occasion.

Votre histoire en effet, est de celles qui peuvent, au plus haut point, intéresser un Ministre du Commerce, un Ministre qui s'est donné pour tâche, en arrivant au pouvoir, de mettre toutes ses forces au service d'une cause qui vous est chère, qui est vôtre, et pour laquelle, depuis longtemps déjà, vous avez brillamment combattu : la cause de l'enseignement technique et professionnel.

Messieurs, quelle belle leçon d'initiative et de méthode les fondateurs de l'École dentaire et, à leur imitation, ceux de l'École odontotechnique, ont donnée il y a quelques trente ans ! Alors que l'enseignement de l'art dentaire était parfois abandonné, comme la profession elle-même, à l'empirisme, c'est-à-dire au hasard, aux tâtonnements et à la stagnation, des hommes avisés et énergiques comprirent qu'il fallait instituer une école professionnelle, capable de former des praticiens, de les munir à la fois des connaissances scientifiques, sans lesquelles la pratique est condamnée à rester inférieure et routinière, et de l'habileté technique sans laquelle la science n'est d'aucun usage.

Vous aviez vu juste, et c'est ce qui explique votre succès, la croissance rapide de vos écoles, leur prospérité, qui s'affirme d'une façon si manifeste. Vous avez ainsi obtenu un double avantage : vous avez travaillé pour vous-mêmes et pour la collectivité. Votre profession s'est élevée en dignité, et le public a bénéficié de soins plus habiles. Voilà les bienfaits d'un enseignement parfaitement organisé.

Messieurs, si la cause de l'enseignement technique et professionnel est aujourd'hui gagnée, si l'opinion publique, la presse, le parlement, sont unanimes à réclamer les réalisations nécessaires, on le doit surtout à des hommes tels que

vous. Votre exemple a été la plus éloquente des propagandes. Vous avez été vraiment des initiateurs, vous avez eu la nette vision de ce qu'il fallait faire, et vous l'avez admirablement fait. Si tous les groupements corporatifs s'inspiraient de votre exemple, et réalisaient, chacun dans leur spécialité, l'organisation de l'apprentissage et de l'enseignement professionnel, quel service immense ils rendraient à ce pays ! Car c'est un des besoins les plus manifestes de notre époque de moderniser l'enseignement à tous les degrés et de l'orienter vers la pratique. Qu'il s'agisse de former l'étudiant en médecine ou l'étudiant en odontotechnie, le mécanicien-dentiste, l'artisan, l'ouvrier ou l'employé, il faut s'appliquer à l'apprentissage du métier. Et, pour cet apprentissage, la tradition ne suffit plus aujourd'hui, parce que, sous l'influence du progrès scientifique, l'évolution de notre société, si complexe et si changeante, impose la nécessité d'une incessante et rapide adaptation. L'enseignement technique et professionnel sera donc de plus en plus un enseignement indispensable.

C'est pourquoi, Messieurs, je vous félicite de n'avoir jamais perdu de vue et d'avoir toujours affirmé hautement le caractère professionnel de vos écoles. C'est à bon droit qu'elles sont considérées comme de véritables Facultés dentaires, car vous ne négligez rien pour assurer à l'enseignement théorique et scientifique toute la place à laquelle il a droit ; mais je vous sais gré de revendiquer le titre d'établissement technique supérieur, et, quelle que soit la place que la science ait prise dans la profession de chirurgien-dentiste, d'affirmer que cette profession ne constitue pas moins un art manuel et pratique, qui la fait rentrer dans l'enseignement technique proprement dit.

Je vous suis reconnaissant de vouloir, à ce titre, persister à vous rattacher, en partie, au ministère du Commerce et de l'Industrie. Sans doute, depuis quelques années, le ministère, à son vif regret, ne vous subventionne plus, mais bien loin de voir dans cette suppression de subvention, nécessitée par l'insuffisance des crédits, une marque de mé-

sestime, vous avez bien compris qu'il n'y avait là, au contraire, qu'une consécration de votre succès. Vos deux associations ont atteint depuis longtemps leur majorité ; elles ont donné d'incontestables preuves de vitalité et de prospérité ; chacune d'elles peut s'enorgueillir de vivre selon la belle et énergique devise italienne : Fara da se. Ce n'est plus à elles qu'il convient de dire : « Aide-toi, et l'État t'aidera ». Votre générosité admet que des sociétés plus jeunes et moins fortunées bénéficient de cette modeste subvention, qui a pu vous être un précieux encouragement à vos débuts.

Je termine, Messieurs, en vous exprimant à nouveau, tout le plaisir que j'ai eu à venir parmi vous et à vous témoigner personnellement la vive sympathie et la haute estime que je professe pour votre œuvre et pour vous-mêmes. *(Applaudissements prolongés.)*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous avons annoncé, dans notre numéro du 15 novembre, p. 420, qu'en présence des incidents et des irrégularités qui ont amené la désorganisation de la F. D. N., la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'A. G. S. D. F. ont introduit auprès du Tribunal civil de la Seine un référé tendant à la nomination d'un administrateur provisoire de la F. D. N.

Nous reproduisons ci-après l'ordonnance rendue par le juge des référés et qui est exécutoire NONOBSTANT APPEL.

ORDONNANCE DE RÉFÉRÉ

Nous, Président du Tribunal civil de la Seine, tenant l'audience des référés, Ouï Ducuing assisté de Aron, avoué de : 1° la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, rue de La Tour-d'Auvergne, 45, poursuites et diligences de M. Bioux, trésorier ; 2° l'Association générale syndicale des dentistes de France dont le siège est à Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, poursuites et diligences de M. Blatter, son Président ; Carré, avoué de Francis Jean ; Aron, avoué de d'Argent agissant comme président de l'Association des Professeurs des Ecoles dentaires, intervenant au référé. Attendu que des explications échangées et des productions écrites, soumises à notre examen, il résulte au moins les doutes les plus sérieux sur la régularité des opérations de vote dont serait issue la nomination de Jean en qualité de Président de la Fédération dentaire nationale ; qu'il semble établi que les statuts ont été plus ou moins méconnus en ce qui concerne la désignation des membres du Comité exécutif prévu à titre obligatoire par les dits statuts ; que le Bureau actuellement en fonctions doit sa constitution à des opérations dont la régularité est discutable ; que dans ces conditions toutes les dispositions ou décisions qu'il a prises ne seraient pas à l'abri de critiques et que notamment la désignation de Jean comme Président serait entachée d'irrégularité, aussi bien par une conséquence qui s'impose que tous les actes qu'il aurait ordonnés en cette qualité ou auxquels il aurait plus ou moins participé et spécialement les convocations qu'il aurait adressées en vue de réunir des Assemblées générales ordinaires ou extraordinaires ayant trait à des modifications de statuts, ou à toute autre

question intéressant la Fédération. Attendu que, sur la constatation de ces présomptions d'irrégularité et sur l'intervention des trois sociétés demanderesses qui contestent la qualité en laquelle Jean a manifesté sa volonté d'agir, il y a lieu, pour assurer le fonctionnement normal et régulier de la Fédération et conjurer le péril plus ou moins graves dont sont menacés les intérêts collectifs qu'elle a mission de protéger, d'assurer sa gestion à titre intérimaire par un administrateur qui sera chargé d'accomplir toutes les diligences imposées par les conflits actuels pour assurer la stricte application des statuts. Par ces motifs : donnons acte à d'Argent de son intervention au nom et comme Président de l'Association des Professeurs des Ecoles dentaires. Nommons Desbleumortiers, administrateur provisoire avec mission de convoquer dans le délai le plus rapproché qui sera possible une Assemblée générale de la Fédération Dentaire Nationale ayant pour objet : 1° de procéder à la nomination d'un Comité exécutif dans les termes de l'article 14 des statuts de l'Association ; 2° de délibérer sur les propositions émanant des Bureaux des diverses sociétés dans les délais prévus aux statuts. Disons qu'en cas d'empêchement de l'administrateur provisoire il sera remplacé par ordonnance rendue sur simple requête. Ordonnons que M. Francis Jean ne pourra en attendant réunir l'Assemblée générale de la Fédération annoncée pour le 11 novembre ni en convoquer d'autres. Ordonnons l'exécution provisoire de la présente ordonnance même sur minute et avant enregistrement nonobstant appel et sans caution. Commettons Baitry, huissier audiencier pour la garde et le rétablissement au greffe de la présente ordonnance. Fait en notre cabinet au Palais de Justice à Paris le lundi six novembre 1911 et avons signé avec notre greffier, signé : Monier et Guérin.

LA QUESTION DES ÉLÈVES DENTISTES

Un singulier conflit règne en ce moment entre les élèves dentistes et les chirurgiens-dentistes. Les premiers ont besoin, pour compléter leurs études, de faire un stage pratique chez les dentistes.

Or, les dentistes installés à Toulouse viennent de s'entendre pour prendre une mesure commune : refuser d'admettre dans leurs cabinets des stagiaires.

Ce refus met dans l'impossibilité de continuer leurs études les élèves dentistes qui les ont déjà commencées et ces élèves protestent, en demandant la création d'une école dentaire à Toulouse. La fréquentation de cette école les dispenserait d'avoir recours aux installés.

Or, le doyen de la Faculté de médecine hésite encore avant de

faire les démarches pour la création de l'école et il doit y avoir certainement de bonnes raisons à cette hésitation.

En attendant, voici les raisons elles-mêmes des chirurgiens-dentistes.

Ils refusent d'admettre des stagiaires chez eux parce qu'ils estiment que le nombre des chirurgiens-dentistes est déjà trop nombreux ; il est donc inutile et peut-être même dangereux d'accroître encore le nombre de leurs confrères.

D'autre part, ils demandaient aussi que des diplômes universitaires soient exigés des étudiants dentistes, au même titre que des candidats au titre de médecin. De cette façon, on aurait plus de garanties à tous les points de vue.

Il n'en est pas moins vrai que, dans l'expectative, il y a une situation très intéressante, celle des étudiants dentistes qui ont commencé leurs études, sans prévoir cette complication.

Que vont-ils devenir ? Vont-ils abandonner Toulouse pour aller étudier à Bordeaux, qui possède une école dentaire ? Ou bien vont-ils être obligés de chercher autre chose, s'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour aller se fixer à Bordeaux ?

Il y a là une question importante qui devra être solutionnée avant la reprise des cours.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, 28 octobre 1911.)

CONGRÈS DES DENTISTES DE MONTRÉAL

Le congrès annuel des licenciés du Collège de chirurgie dentaire de la province de Québec s'est ouvert le 23 octobre, à 9 heures du matin, à l'Université Laval, sous la présidence du Dr D. J. Burwick. Environ une cinquantaine de membres étaient présents.

A cette séance du matin, on s'est surtout occupé de la régie interne de l'Association ; le secrétaire et le trésorier ont présenté leur rapport annuel, lesquels ont été déclarés des plus satisfaisants ; M. Nolin demande que l'Association prenne part au Congrès pour le bien-être de l'enfance, qui sera tenu à Québec l'an prochain ; il est chaleureusement appuyé par la majorité de l'assistance, et il est décidé que l'on se chargera de la partie dentaire de l'exposition qui aura lieu à cette occasion.

Invité par le président, M. Mc Donagh, de Toronto, fait une intéressante conférence. Le bureau des gouverneurs a été réélu : en font partie MM. D. J. Burwick, C. E. Morrisson, G. W. Oliver, S. Burns, E. Dubeau, J. Nolin, G. H. Kent, A. Lemieux, de Montréal, E. A. A. Lanthier, de Québec et E. H. Bradley, de Sherbrooke.

A 2 heures, l'après-midi, clinique à l'hôpital général par M. McDonagh, de Toronto, et autres ; la convention a pris fin le soir par un banquet au Saint-Regis, à 8 heures, suivi d'une conférence, par M. McDonagh.

Le nouveau Bureau est le suivant :

Président, M. A. A. Lanthier, Québec ; vice-président, M. W. Oliver, Montréal ; secrétaire, M. Eudore Dubeau, Montréal ; trésorier, M. C. N. Morrison et secrétaire, M. G. H. Kent.

(*La Presse de Montréal*, 23 octobre 1911.)

LES ÉLÈVES DENTISTES

Aux termes des décrets des 25 juillet 1893 et du 29 décembre 1906, les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste doivent produire, en prenant la première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit un certificat d'études délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque académie.

Les derniers examens de ce certificat d'études ont eu lieu le 11 octobre courant ; l'ancien régime n'étant plus applicable que jusqu'au 30 octobre, que vont devenir les candidats qui ont échoué à cette session d'octobre ? Faire choix d'une autre carrière ? Préparer le baccalauréat ? Mais la plupart d'entre eux ne seraient bacheliers qu'à 22 ou 23 ans, vu que jusqu'à présent ils se sont attachés uniquement au programme des matières exigées pour le dit examen.

Est-il juste qu'ils soient obligés de renoncer à cette carrière à laquelle ils se sont préparés depuis plusieurs années, parce qu'après avoir échoué une ou deux fois, ils n'ont plus de session pour réparer leur échec ?

Plusieurs pères de famille nous écrivent pour nous demander de signaler ces cas intéressants au ministre de l'instruction publique qui comblerait le vœu de ces candidats malheureux et de leurs parents en décidant une dernière session uniquement pour ceux qui ont été ajournés à une des sessions précédentes.

(*La Liberté*, 30 octobre 1911.)

CHIRURGIE DENTAIRE

En vue d'assurer dans divers détachements la clinique dentaire, le Ministre de la Guerre invite les chefs de corps à lui adresser la liste des sous-officiers, caporaux et soldats pourvus soit du diplôme de chirurgien-dentiste, délivré par une Faculté de médecine française,

soit de huit inscriptions de chirurgie dentaire, avec indication de la date de libération de ces militaires et de l'emploi actuellement occupé par les intéressés.

(*Petit Méridional*, 31 octobre 1911.)

LES DENTISTES

Sous ce titre le *Pêle-Mêle* du 8 octobre a publié un article se terminant ainsi : « Aujourd'hui qu'ils n'ont plus besoin de posséder un diplôme médical, les dentistes sont légion. Ils font maintenant de la *prothèse dentaire*. Le mot est plus noble, mais le patient n'en souffre pas moins. »

Cet article a provoqué diverses lettres de rectification, notamment de l'*Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire*, présidée par M. Doucedame, de MM. Mallard, A. Bouvet, B. Maurice (de l'Ecole dentaire de Lyon) et A. Benne.

Celle qui est publiée par le *Pêle-Mêle* du 12 novembre et qui est due à l'Union corporative des étudiants remet les choses au point et nous sommes heureux que notre confrère l'ait envoyée.

ÉCOLE DENTAIRE DE NANTES

L'Ecole dentaire projetée à Nantes depuis un certain temps est ouverte actuellement quai Duguay-Trouin.

La scolarité y est de trois années.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET LA LOI DU 9 AVRIL 1898 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un jugement des plus intéressants a été rendu le 5 juillet 1911 par le Tribunal civil de la Seine (4e Chambre, 3e section, accidents du travail) sur le caractère libéral de la profession de dentiste. Voici les faits. Un mécanicien, travaillant dans le cabinet d'un chirurgien-dentiste à la retouche d'un appareil qui avait été essayé dans la bouche d'un client atteint de syphilis, se piqua un doigt à une des chevilles du dentier. Quelques semaines après il eut au doigt une éruption de roséole syphilitique. A la suite de cet accident, le mécanicien-dentiste assigna le chirurgien-dentiste devant les tribunaux, en raison de cet accident même, qu'il considéra comme étant un accident soumis au régime de la loi du 9 avril 1898. Mais le tribunal débouta le mécanicien de sa demande ; il estima que, la profession de chirurrurgien-dentiste étant une profession libérale, elle ne pouvait être assujettie à la loi de 1898.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de ce jugement :

... Attendu que si les faits ainsi exposés paraissent être confirmés par la déposition de R..., chirurgien-dentiste au service de L..., il ne saurait toutefois y avoir lieu à application de la loi du 9 avril 1898, que s'il s'agit d'un accident assujetti à cette loi ;

Attendu qu'en l'espèce il n'est pas allégué qu'à côté de son cabinet dentaire L... ait exploité un atelier de fabrication de dents et râteliers artificiels ; que B... n'était chargé, d'après ce qu'il ressort des documents versés aux débats, que de l'adaptation de pièces pour la confection d'appareils et de retouches d'appareils destinés aux clients du cabinet dentaire auquel il était attaché dans les conditions où ces adaptations et retouches s'effectuent dans tout autre cabinet similaire ;

Attendu que la profession de dentiste étant une profession libérale, et L..., n'ayant exercé en même temps aucune profession pouvant revêtir un caractère industriel ou commercial, ne saurait être assujetti à la loi du 9 avril 1898.

Par ces motifs, dit que l'accident, objet de la demande, n'est pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, et que par suite cette demande n'est pas recevable, déboute.

Ce jugement a fait sainement l'application des principes établis à la fois par la déontologie et la jurisprudence. En général les dentistes ne sont pas commerçants. Et si nous nous reportons aux décisions rapportées depuis 1895 dans les répertoires, nous pouvons constater

que le fait de réparer des dentiers, de les confectionner même, est l'accessoire de la profession.

Le fait de vendre à leurs clients des dentiers qu'ils confectionnent eux-mêmes, ainsi que divers produits pour les soins de la bouche, revêt le caractère d'accessoire de la profession de dentiste et non celui d'actes de commerce (Trib. commerce, Seine, 28 juin 1901, *J. Trib. Com.* 1903, 191 ; — 4 août 1905, *J. Trib. Com.* 1907, 127). Les dentistes ne font non plus acte de commerce, en signant un contrat dont l'objet est uniquement une réclame professionnelle (Trib. Com., Seine, 1er août 1902, *J. Trib. Com.* 1904, 212). On ne saurait également ranger parmi les marchands fabricants les chirurgiens-dentistes, pour le seul fait de la confection de pièces ou d'appareils destinés aux clients qu'ils soignent, et ils ne sont pas soumis à la loi prud'homale du 27 mars 1907 (Trib. Seine, 5 janv. 1909, *Gaz. Trib.*, 16 février 1909).

Cependant la qualité de commerçants leur est attribuée lorsqu'ils vendent des marchandises même utiles à leurs professions, c'est-à-dire fabriquent des spécialités qu'ils vendent tant en leur cabinet que dans les pharmacies dépositaires (Alger, 9 nov. 1904, D. P., 1905, 2. 100; Paris, 24 oct. 1908, *Gaz. Trib.*, 16 février 1909).

R.-Marcel Petit,
Avocat à la Cour d'appel.

(*Gazette des hôpitaux*, du 14 novembre 1911.)

CORRESPONDANCE

Notre confrère M. Monnin nous a adressé la lettre suivante, avec prière d'insérer :

Le Mans, le 8 novembre 1911.

A MM. les membres du Comité exécutif du Groupe des Amis des *Ecoles dentaires de Paris.*

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur de m'adresser une circulaire et un bulletin à signer, à l'effet de m'associer aux protestations contre les polémiques personnelles et injurieuses.

Je vous réponds franchement et je m'impose comme devoir d'être bref, précis, clair, de n'avoir en vue que l'intérêt général de la corporation. Je laisse de côté l'intérêt personnel ; ayant atteint l'âge des convictions profondes, celui des ambitions est passé.

Toutes les fois que les intérêts généraux de la corporation sont en jeu, il y a intérêt, il y a avantage, à ce que les divers groupements régionaux et professionnels puissent se réunir dans une action commune, soit pour la discussion, soit pour l'élaboration de projets, ou pour des démarches auprès des pouvoirs publics.

L'entente est toujours possible entre personnes d'opinions diverses, mais d'égale bonne foi. Nous devons donner à l'esprit public un but élevé. Nous devons écouter la logique des faits, dégager des moyennes et nous organiser sans passion sur des réalités. L'Odontologie n'est indestructible que si elle évolue et se transforme, elle doit entendre la voix de tous les hommes de bonne volonté unis par une politique professionnelle *en dehors des questions de caste et de sentiment.*

Il faut *faire* la « Paix Odontologique ».

Attachons-nous, chacun pour notre part, à créer autour de nous l'atmosphère de tolérance mutuelle, de solidarité, de bonne volonté qui permettra à la politique future professionnelle de nous en appliquer les bienfaits.

Si nous voulons vivre il faut agir le plus tôt possible (s'il n'est déjà trop tard) et la seule idée de progrès que je croie réellement propre à notre politique professionnelle consiste dans l'effort graduel de nos moyens qui rappellera surtout une suppression croissante des diverses résistances qui nous sont opposées par MM. les Stomatologistes.

Nous devons surtout éviter les polémiques violentes. Ces dernières, au lieu de resserrer les liens de bonne confraternité, enveniment souvent la bonne harmonie qui règne dans les groupements et, de cette

désunion, naît une diminution de force très grande contraire aux intérêts de la profession.

Pour atteindre un résultat durable vous ne devriez pas agir comme si vous étiez *seuls* au monde ; c'est généralement ce que trop facilement ou trop habilement vous perdez de vue.

Votre devoir est de discuter avec d'autres, consentir ou refuser ; vous vous octroyez des droits séculaires sans chercher à réaliser le moindre rapprochement entre les divers partis.

Si mes collègues du Bureau de l'A. G. S. D. F. s'étaient inspirés d'un bon esprit de fermeté, de mesure, de dignité, si leur conscience avait été avec l'esprit odontologique tout entier, les Odontologistes seraient à peu près tous unis et on reconnaîtrait enfin que certain confrère n'a jamais cherché autre chose que de rapprocher le plus possible les partis qui sont malheureusement trop divisés et qui font actuellement le jeu de MM. les Stomatologistes [1].

Son rêve est de former un faisceau odontologique qui groupe tous ceux qui exercent honorablement l'odontologie, et qui ne sont séparés les uns des autres que par des questions secondaires qui devraient être indifférentes ou par des questions d'étiquette.

Cette manière de gouverner, implique pour le chef du parti odontologique qui la met en pratique la nécessité d'un contact permanent, d'une étroite collaboration avec le parti odontologique. Elle l'oblige non point, certes, à se laisser diriger par lui, mais tout au contraire à lui servir de conseil et de guide, à lui prêcher la mesure, à lui montrer ses erreurs, s'il en commet, à lui imposer la constante préoccupation de notre état social, à lui faire vouloir, avant tout, le bien de l'Odontologie.

La formation de ce groupement maintiendrait les principes odontologiques, tandis que bon nombre de confrères ne voient dans les écoles dentaires, à l'A. G. S. D. F. *qu'une force toujours agissante des intérêts particuliers.*

Quand on se trouve en présence d'un parti pris d'agitation il est du devoir du chef de parti de parler net et de déclarer hautement que ce sont des faits intolérables.

Dans un pays comme le nôtre, épris d'un idéal de justice et de réformes, qui aime à travailler dans l'ordre et la légalité, nos confrères *sont las* de certains troubles incessants fomentés par des minorités à bout d'arguments.

Il faut que les menées et les violences, *qu'elles s'inspirent d'un avenir illusoire ou d'un passé à jamais aboli,* soient confondues dans la

---

1. Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., dans sa séance du 18 novembre 1911, a approuvé à l'unanimité toutes les mesures prises par le Bureau, et particulièrement celles concernant la F. D. N.

même sévérité, se heurtent à la même et ferme volonté de les réduire *sans merci.*

IL FAUT SOUTENIR UNE IDÉE, NON DES INDIVIDUS.

Le parti odontologique est l'expression même de l'Odontologie Française.

Il est l'héritier direct *du Cercle des Dentistes de Paris,* des « petits dentistes » qui ont obstinément travaillé à réaliser l' « Unité Odontologique ».

A la vérité nous composons le grand parti qui, dans notre pays, a fortifié, maintenu l'art dentaire ; nous avons double tâche « *Réformer et gouverner avec le parti Odontologique* ».

La France est le pays des ressources odontologiques. Nulle part on ne trouve plus de sollicitude constante, plus d'efforts inlassables.

Des défaillances individuelles ne sauraient atténuer tant de qualités solides, tant de vertus simples et robustes qui restent l'honneur de notre profession.

On doit imposer à la culture générale des questions politiques professionnelles une série nécessaire de conditions scientifiques, ou de travaux ayant été utiles au corps professionnel. On évitera ainsi tout soupçon d'arbitraire et l'on dissipera le principal désordre qui consiste surtout dans *l'accès tout à fait illimité* que la politique actuelle ouvre forcément aux esprits les plus vulgaires et les moins préparés.

Je termine, mes chers confrères, en vous disant que je n'ai eu d'autre but que de vous donner :

1° Une indication pour l'avenir, et de vous faire comprendre la nécessité d'une centralisation générale des forces odontologiques pour lutter contre le péril stomatologique ;

2° L'utilité d'une grande *Fédération dentaire nationale* organisant et dirigeant tous les groupements dentaires régionaux sous cette devise de nos anciens « Union Progrès ». Etant ainsi réunis nous aurons des moyens d'action qui nous manqueraient si nous agissions isolément ;

3° La F. D. N. doit bien représenter l'Odontologie, elle doit arriver à recruter toutes les bonnes volontés, tout en nous apportant un concours utile, sauvegardant les intérêts du corps professionnel tout entier.

Tous les groupements étant constitués, les programmes de la F. D. N., l'orientation professionnelle permettront d'espérer une *cohésion odontologique* luttant sans trêve contre la *cohésion stomatologique*. J'espère aussi que le concours des circonstances, l'estime, l'amitié, l'uniformité des vues et des sentiments formeront entre tous les odontologistes une « Union indissoluble ».

A la fin de 1910, j'écrivais dans *L'Odontologie*, dans un article intitulé « Accordons-nous » qu'en 1908 M. Godon, directeur

de l'E. D. P., avait écrit à un chirurgien-dentiste de Nantes, pour le féliciter des idées qu'il exposait au Congrès dentaire national d'Angers et *pour approuver* sa proposition *que les Groupements dentaires et la profession s'appuient pour réaliser l'Union et pour les représenter sur la F. D. N.* qui paraissait de plus en plus appelée à constituer le véritable organe représentatif du Groupement odontologique de France (Voir *Odontologie*, 15 juillet 1908, p. 38).

Je vous prie d'agréer, mes chers confrères, l'assurance de mes meilleurs et dévoués sentiments confraternels.

Vive la F. D. N. ! ..

P. Monnin,
Vice-président de l'A. G. S. D. F.

M. Manteau nous adresse une volumineuse correspondance dont nous extrayons les passages essentiels suivants :

M. Jules d'Argent, vice-président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, a publié dans *L'Odontologie* du 15 septembre un article en réponse à celui publié dans le *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*, par M. Delair dans lequel je relève des inexactitudes dont sa mémoire défaillante doit être seule cause.

L'article de M. J. d'Argent est précédé d'une note de la rédaction dans laquelle le *Bulletin* est attaqué de telle façon qu'il nous est impossible de la laisser passer sans répondre.

On s'étonnera que M. d'Argent ait voulu répondre à l'article de M. Delair, puisqu'il n'avait été ni visé ni attaqué ; seul M. Godon le fut et si M. Godon, ou les sociétés visées avaient voulu répondre à M. Delair, les colonnes du *Bulletin* leur étaient ouvertes dans les conditions du droit de réponse, mais il nous était impossible d'accepter une réponse *personnelle* de M. d'Argent, nullement visé. Je ne pense point que M. d'Argent veuille contester le titre absolument *personnel* de sa réponse, car, lorsqu'il vint chez moi, il insista tout particulièrement sur le caractère qu'il entendait donner à sa visite après m'avoir dit qu'il répondait parce qu'il savait que M. Godon ne dirait rien, ayant fait auprès des intimes de ce dernier une discrète enquête.

Il est nécessaire, à mon avis, de mettre les choses au point pour les lecteurs de ce journal et c'est pourquoi je tiens à leur soumettre les documents nécessaires pour les éclairer.

A la date du 3 août, M. J. d'Argent se présenta chez moi, vers onze heures ; comme j'étais absent, il annonça sa visite pour l'après-midi.

Vers deux heures M. J. d'Argent se présenta de nouveau chez moi et m'expliqua qu'ayant téléphoné le matin même chez le directeur du *Bulletin* il avait appris que celui-ci partait en voyage dans le courant de la journée. Ce départ du directeur du *Bulletin* l'avait incité à venir chez moi, secrétaire de la Rédaction, apporter un article de réponse à

celui de M. Delair. En même temps qu'il me remettait cet article il me remettait également la lettre destinée à M. de Croës et qu'il a publiée dans *L'Odontologie* et qui, si elle est à peu près exacte dans ses termes, l'est moins dans son ordonnancement.

. . . .

M. Jules d'Argent me demanda de faire paraître cette réponse dans le plus prochain numéro du *Bulletin*, c'est-à-dire dans celui du 15 août. Et M. d'Argent écrit dans sa lettre à M. Godon que je lui répondis que le « *Bulletin* avait la faculté de reculer d'un mois l'insertion des manuscrits remis après le 20 ». Rien n'est moins exact et j'en appelle à la bonne foi de M. d'Argent. Je pris sur mon bureau les numéros du *Bulletin* qui s'y trouvaient et après une rapide recherche je lui tendis le numéro de février ouvert à la page 93 et lui fis lire la note que je reproduis ici et qui est, à cette page 93, en gros caractères.

« A nos correspondants,

» Nos correspondants sont priés d'envoyer avant le 20 du mois précédant la publication du numéro du journal tous les articles dont ils désirent voir l'insertion, et avant le 3 du mois courant de la publication toutes les nouvelles ne dépassant pas 4 ou 5 lignes. »

Comme on le voit, cette note n'implique pas une faculté, mais elle est bien une nécessité de ne rien accepter après le 20.

D'autre part, M. d'Argent publie sa lettre à M. de Croës, puis la mienne. Je relève dans la reproduction de ma lettre par M. d'Argent, une « retouche » que je ne saurais admettre. Cette lettre qui a été passée à la presse à copier, ce qui me permet de pouvoir prouver la petite « altération » qu'on lui a fait subir, contient bien le mot « peut-être » mais celui-ci n'est ni souligné, ni en italique, ni écrit en plus gros caractère. En le mettant en italique, et de quel droit, M. d'Argent et la Rédaction de *L'Odontologie* ont voulu lui donner une importance plus grande qu'il n'en a en réalité ; je me permets de trouver le procédé tout à fait étrange et je note que le mot « Bulletin » mis dans la lettre reproduite par M. d'Argent, en italique, était seul souligné dans ma lettre originale, ce qui prouve bien que ce mot était désigné à l'attention de M. d'Argent alors que « peut-être » ne l'était pas.

(M. Manteau ajoute que M. d'Argent lui a adressé alors la lettre que nous avons publiée dans le n° du 15 septembre 1911, mais qu'elle contient un changement de date, que de plus elle fut expédiée à Paris et renvoyée de là dans le Cher où il se trouvait.)

* * *

Pourquoi dans sa lettre M. d'Argent a-t-il changé la date ? Parce que me demandant de lui répondre si c'est possible avant la fin du mois, ce qui est souligné dans sa lettre authentique et ne l'est pas dans celle publiée dans *L'Odontologie*, il était utile de gagner quelques heures. Le jour même de la réception de cette lettre je répondis à M. d'Argent une autre lettre qu'il ne publie pas et pour cause, mais j'invite formellement M. d'Argent à la publier. Malheureusement,

étant en vacances dans le Cher, comme je l'ai dit plus haut, je n'ai pu passer cette lettre à la presse à copier et je n'en ai pas conservé la copie. Pourtant, comme il y a des changements notables dans nos lettres véritables et dans leurs reproductions, je demande dans ce cas à M. d'Argent de me soumettre mon texte authentique afin que je puisse en surveiller la bonne et exacte impression. Cette lettre n'est même point écrite sur du papier du *Bulletin*, mais sur du papier marqué à l'angle de l'endroit et de la propriété où j'étais en villégiature. Je lui disais en substance qu'étant en vacances, il m'était impossible de lui donner une réponse exacte, ne pouvant me concerter avec les membres du bureau du Comité, que par le même courrier j'écrivais à mon directeur, mais que celui-ci étant lui-même en vacances, il pouvait se faire qu'il y eût du retard dans sa réponse et que je ne pouvais lui promettre de le fixer définitivement pour la fin du mois comme il le désirait.

A la suite de cette lettre M. d'Argent me répondit la lettre suivante qui n'est même pas mentionnée dans *L'Odontologie*.

Le 31 août 1911.

Monsieur et cher Collègue,

Je vous remercie de la promptitude de votre réponse.

J'estime que l'ajournement d'une réponse subordonnée à la rentrée de M. de Croës, qui à son tour, voudra attendre celle de ses collègues, menace de nous conduire un peu trop loin pour que notre article ait de l'actualité.

Du reste, le numéro d'août de votre *Bulletin*, qui contient de nouvelles polémiques sur le même sujet avant notre réponse, m'édifie sur les dispositions du Comité de rédaction à notre égard. Je le regrette, car, bien que la chose soit manifeste pour tout le monde, je serai forcé de la souligner en répondant à M. Delair dans *L'Odontologie*.

Veuillez agréer, monsieur et cher Collègue, mes salutations confraternelles.

J. d'Argent.

Comme on le voit, M. d'Argent avait le droit de prendre des vacances, mais niait aux membres responsables du *Bulletin* d'en prendre également et, sans aucune certitude il bâtissait toutes sortes d'hypothèses qui lui servirent dans son argumentation publiée dans *L'Odontologie*. Il n'y a qu'un malheur, c'est que cette argumentation pèche par la base.

*
* *

Maintenant, il est nécessaire de dire à M. d'Argent que son article, s'il avait été accepté à *titre personnel*, ne l'aurait été que *peut-être*. Dans le cas où le principe d'une réponse personnelle de quelqu'un nullement visé, se substituant à un autre, aurait été admis, son article n'aurait été accepté que si M. d'Argent avait consenti à certaines modifications. Je pense qu'il eût accepté puisque, entre l'article publié par lui et le manuscrit qu'il m'a remis, il y a déjà de nombreuses modifica-

tions et suppressions, mais, il eut fallu encore qu'il consentit à supprimer cette phrase que jamais le *Bulletin* n'aurait admise, autant dans l'intérêt personnel de M. d'Argent que dans celui du *Bulletin* et que *L'Odontologie* a acceptée : « Une plume qui a eu le temps de la réflexion ».

Une plume qui réfléchit ! ! !

*
* *

Pourquoi M. d'Argent qui voulait répondre à titre personnel, puisqu'il « avait fait une enquête discrète pour savoir si M. Godon répondrait », en fait-il maintenant, en demandant à la rédaction de *L'Odontologie* de se solidariser avec lui, une réponse officielle.

Me permettrai-je également de demander quelles raisons a M. d'Argent de défendre si intensément M. Godon, lui qui autrefois, dans cette *même Odontologie*, le traitait si durement.

Loin de moi la pensée que M. d'Argent veuille faire sa cour au Dr Godon, mais combien parmi nos confrères pourraient avoir cette pensée.

Quoiqu'il en soit et pour nous résumer :

Jamais le *Bulletin* n'a refusé d'insérer un article admissible soit de M. Godon, soit de quelqu'un délégué officiellement à cet effet par les groupes attaqués dans l'article de M. Delair.

Il est exact que le *Bulletin* a refusé un article *personnel* de M. d'Argent parce que celui-ci n'était pas plus qualifié que les dix-neuf autres membres du Conseil de la Société qu'il semble vouloir défendre et que si nous avions accepté cela nous nous serions trouvés dans l'obligation d'accepter vingt réponses si les vingt membres avaient cru devoir en faire autant.

NÉCROLOGIE

M. Choquet père.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Choquet père, un des vétérans de la profession et de nos sociétés, membre fondateur du *Cercle des dentistes*, père de M. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

C'était un travailleur et un modeste, dont tous ceux qui l'ont connu verront avec peine la disparition.

L'A.G. S. D. F. et l'Ecole étaient représentées aux obsèques et avaient envoyé des couronnes.

Nous adressons à son fils et à sa famille nos bien sincères compliments de condoléances.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Le Conseil d'administration a décidé, dans sa séance du 14 novembre, l'ouverture d'un concours pour un poste de professeur suppléant de chirurgie dentaire.

Bibliothèque.

Le Bibliothécaire serait reconnaissant aux confrères qui pourraient faire don à la Bibliothèque de la :

« Clinique de prothèse dentaire et de prothèse orthopédique ou orthodontie », par P. Martinier.

L'édition de cet ouvrage étant épuisée, il est impossible d'en trouver dans les librairies. La Bibliothèque n'en possède plus un seul exemplaire ; ceux qu'elle avait ont été égarés cette année par les étudiants, à qui ils avaient été prêtés.

Distinctions honorifiques.

A l'occasion de la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses des écoles dentaires parisiennes dont nous rendons compte d'autre part, MM. Desforges, chef de clinique à l'E. D. P., H. Lee, vice-président du Conseil d'administration de l'E. O. et Rodolphe, professeur à cette école, ont été nommés officiers de l'Instruction publique.

*
* *

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Pierre Declide, de Civray, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé chevalier du Nicham Ifthikar.

*
* *

Notre confrère M. Billioray a été nommé officier du Mérite agricole.

Nous leur adressons nos félicitations.

Nominations.

M. Eudlitz, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être chargé du service d'inspection dentaire des écoles d'Aulnay-sous-Bois. Il a en même temps été autorisé à créer une consultation dentaire dans la maison de retraite Bigottini, dépendant le l'Assistance publique.

*
* *

M. Octave Billioray, chirurgien-dentiste, ancien élève de l'E. D. P., vient d'être nommé dentiste de l'orphelinat Prévost, à Cempuis (service de la préfecture de la Seine).

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro d'un journal dentaire de langue anglaise intitulé *Oral health* (santé de la bouche), publié à Toronto (Canada).

Nous souhaitons bonne chance à notre confrère.

Groupe des amis des Écoles dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F.

Depuis le dernier numéro nous avons reçu les adhésions suivantes à ce groupe et à la circulaire publiée dans le numéro du 30 novembre de *L'Odontologie*, MM. A. d'Argent, Barden, Bonnefon, Chavant, Fontanel, Fourquet, M. Frison, H. Lee, Le Quellec, Luck, Naftel, Neumann, Pélissier, Pigot, Redelinger.

M. Dehogues, qui faisait partie du Groupe, vient de donner sa démission, ayant constitué l'*Association des dentistes indépendants*, dont il est président.

Il fait connaître en même temps que cette association est étrangère à tout incident, à toute liste et à toute déclaration quelconque.

Le secrétaire,
HENRI VILLAIN.

Certificat d'études secondaires.

M. Debraux, directeur de l'Institut Langues, Sciences, 16, rue St-Marc, chez qui des centaines de nos jeunes confrères ont préparé leur certificat d'études secondaires et qui le 2 novembre a ouvert ses cours en préparation au certificat d'études primaires supérieures et au baccalauréat exigés par le nouveau régime, nous communique la liste de ses élèves (noms et adresses) reçus pour cette dernière session, 20 *élèves ont été présentés et* 19 *reçus ce qui constitue le record dans la proportion.*

D'ailleurs c'étaient les derniers élèves inscrits et il y faudrait ajouter une autre liste plus nombreuse encore pour avoir le total des deux sessions de 1911.

Nous souhaitons pareils succès à ses cours du certificat d'études primaires supérieures.

DERNIÈRE HEURE

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

L'assemblée générale annuelle de la Société s'est tenue le 7 décembre à 8 h. 1/2 du soir.

144 membres étaient présents.

Après lecture de la correspondance et du procès-verbal, l'assemblée a entendu le rapport du secrétaire général et celui du trésorier qu'elle a approuvés, et elle a ratifié par deux votes spéciaux toutes les mesures prises au sujet des incidents du Comité d'hygiène et de la F. D. N.

Elle a procédé ensuite à l'élection de 10 membres du Conseil d'administration.

Les 10 membres sortants ont été réélus avec la majorité suivante :

MM. Bioux........	119 voix.	MM. G. Villain....	116 voix.
Blatter.......	119 —	Renhold......	115 —
J. d'Argent...	116 —	Robin........	115 —
Miégeville....	116 —	André........	112 —
Roy.........	116 —	Geoffroy.....	112 —

Viennent ensuite :

MM. Delair........	29 voix.	MM. Masson........	5 voix.
De Lemos.....	8 —	Tacail..........	5 —
Dehogues.....	8 —	L. Viau........	5 —
Bonnard.......	8 —	Guillaumin......	5 —
Morineau.....	5 —	Francis Jean....	5 —
Mallard.......	5 —	Manteau.......	4 —
Cottarel.......	5 —		

Un certain nombre de membres ont réuni aussi respectivement 3, 2 et 1 voix.

Elle a adopté à l'unanimité en principe un vœu tendant à ce que l'union se fasse entre tous les odontologistes et à ce que toute polémique injurieuse cesse dans tout journal professionnel jusqu'à ce que cette union soit réalisée.

Ce vœu a été renvoyé au Conseil d'administration.

31e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1911 Vol. XLVI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PRÉVENTION DES DÉFORMATIONS DENTAIRES

Par E. A. Bogue, de New-York.

(Communication à l'Association dentaire britannique.)

La prévention des déformations dentaires exige la rétention des dents temporaires dans leurs positions convenables jusqu'à ce que les dents permanentes soient près de faire éruption, ainsi que leur enlèvement par des moyens naturels à ce moment.

Toutefois la situation pécuniaire du patient peut nécessiter l'enlèvement des dents temporaires avant l'éruption des dents permanentes.

Avant de comprendre ce qu'est une déformation, il faut une règle ou une définition fixant ce qu'on entend par forme normale ou parfaite. Je propose celle-ci : « Les dents sont dans un alignement régulier quand leurs plus grands diamètres se combinent pour former une arcade du type reconnu ». Autrement dit, quand une dent est en dedans ou en dehors de l'arcade, ou a fait une rotation, telle que ses points de contact ne sont pas en alignement parfait avec les points de contact de ses voisines, les plus grands diamètres ne peuvent pas se combiner pour former l'arcade.

Les dents qui font éruption sont guidées dans la forme de l'arcade par la pression de la langue et la poussée des muscles labiaux et buccaux. Quand elles ont atteint la position

où ces forces se font équilibre, elles forment une arcade parfaite.

Il y a déformation quand le jeu de ces forces est entravé.

Parmi les nombreuses causes de déformation des arcades, la plus importante est l'adénoïde, masse de tissu de même nature que les amygdales, située à la partie supérieure du naso-pharynx de telle façon que, quand elle est hypertrophiée, elle obstrue le passage de l'air du nez aux poumons.

Si l'adénoïde ne grossit pas, il est probable qu'elle n'entrave pas la respiration; quand elle a grossi, elle a une grande importance pour l'enfant, le dentiste et le rhinologiste. Actuellement on enlève les végétations adénoïdes quand l'enfant a moins d'un an ; à cet âge l'anesthésie est inutile, la douleur et l'hémorragie sont généralement très légères et d'ordinaire l'enfant mange ou dort en quelques minutes. Cette ablation à cet âge a une grande influence sur la santé de l'enfant.

L'influence directe de l'adénoïde sur le commencement de la déformation des arcades dentaires est aisée à comprendre. Si parmi les forces de la langue, des lèvres et des joues, une est plus grande que l'autre, les dents sont refoulées en dehors ou en dedans de la ligne de l'arcade, suivant la direction de la force dominante.

L'équilibre normal des forces des lèvres et des joues, d'une part, et de la langue, de l'autre, a pour conséquence de faire respirer l'enfant par le nez. Dans la respiration nasale les lèvres sont assez fermées pour empêcher l'air de passer entre elles, le voile du palais tombe sur la langue à l'arrière de la bouche et le maxillaire inférieur se trouve un peu séparé du supérieur. La distension de l'air dans la cavité buccale amène un vide partiel, la langue est aspirée contre la voûte palatine et la pression sur cette voûte l'aplatit ou du moins l'empêche de former une arcade élevée. Quand cet état est atteint, la poussée extérieure de la langue sur les dents et la traction intérieure des muscles labiaux et buccaux se font équilibre.

Mais si la respiration nasale est entravée par la présence

d'adénoïde ou par une autre cause, le jeu de ces forces est dénaturé et les influences qui, dans les conditions normales, assuraient l'harmonie, agissent pour produire une déformation.

Quand la bouche est ouverte comme dans la respiration buccale, la langue n'est pas aspirée contre la voûte et elle ne pousse plus les dents au dehors comme elle était destinée à le faire.

Les mâchoires se séparent à une distance qui augmente la traction des muscles buccaux. La pression de l'air sur l'os qui forme la voûte palatine et le plancher des narines ne favorise plus son aplatissement et son élargissement. Autrement dit les forces qui poussent les dents de dedans en dehors ont été affaiblies et celles qui les poussent en dedans vers la ligne médiane ont été augmentées. Trop souvent il en résulte un rétrécissement ou un aplatissement de l'arcade avec une poussée en avant correspondante du segment antérieur, surtout dans l'arcade supérieure. C'est là une déformation très grave ; on la qualifie d'ordinaire d'irrégularité des dents, mais elle ne se limite pas à cela. On croit possible de remonter la chaîne des conséquences par la carie dentaire, la déformation du nez, de la face, de la voûte palatine, du sternum, des côtes, de l'épine dorsale, du thorax et de son contenu jusqu'au crâne finalement.

Ce qui précède invariablement la survenance de la déformation dentaire, c'est une extension insuffisante des arcades des dents temporaires pour permettre l'éruption régulière des dents permanentes, surtout dans la région incisive.

Les incisives temporaires ne sont pas aussi larges mésio-distalement que les incisives permanentes destinées à prendre leur place. Il convient donc que, avant l'éruption des incisives permanentes, l'arcade commence à s'étendre dans la région incisive jusqu'à ce que les incisives temporaires soient séparées d'une façon visible. Cette séparation continue jusqu'à ce que la largeur des incisives temporaires, avec la largeur des espaces nouvellement formés entre elles,

égale la largeur des quatre incisives permanentes qui vont faire éruption.

Si cette expansion de l'arcade ne s'est pas produite à 5 ans 1/2, l'irrégularité des dents permanentes est inévitable.

Ma conviction est que les déformations des arcades dentaires adultes peuvent être évitées par un traitement approprié des arcades temporaires.

Les quatre incisives permanentes sont encastrées dans l'arcade des racines des six dents temporaires antérieures. Pour s'accommoder d'un espace aussi étroit, ou bien les deux incisives centrales débordent sur les incisives latérales, qui feront saillie si elles sont forcées de faire éruption dans cet espace, ou bien les incisives latérales déborderont sur les centrales, en produisant de la rétrusion. Si elles font éruption dans ces positions, elles seront forcément irrégulières, car elles conserveront leurs irrégularités antérieures.

Les couronnes des bicuspides sont entourées par les racines des molaires temporaires, de sorte que, si les molaires dans une arcade complète de dents temporaires se trouvent en dehors de la résorption de leurs racines, et si les bicuspides des dents permanentes font éruption aux points où elles se trouvaient, ces bicuspides sont nécessairement dans une arcade trop étroite pour elles. Immédiatement après la dernière de ces molaires temporaires viennent les premières molaires permanentes, faisant éruption vers l'âge de 6 ans.

Si les dents temporaires sont dans une arcade trop étroite à cet âge (et il en sera ainsi si les dents temporaires sont rapprochées) et si ces premières molaires permanentes font éruption sur la même ligne que les dents temporaires, elles seront aussi dans une arcade trop étroite. De sorte que si les dents temporaires ne se sont pas séparées déjà à 4 ou 5 ans, elles se séparent, car la nature ne peut le faire elle-même. Elle a essayé pendant 2 ans 1/2 et n'a pas réussi.

Séparez-les assez pour permettre l'éruption facile des quatre incisives permanentes qui doivent se trouver, après

éruption complète, juste en dehors de l'arcade occupée précédemment par les incisives temporaires. Cela permettra aux dents du haut de déborder sur celles du bas.

Séparez les dents temporaires inférieures assez pour permettre aux quatre incisives inférieures permanentes et aux canines de former une arcade parfaite, car il est vrai que, laissant de côté toute influence étrangère comme la morsure des lèvres, la protrusion de la langue, le suçage du pouce, etc., les positions des dents permanentes inférieures doivent régler la position de celles de l'arcade supérieure, qui, faisant éruption plus tard d'ordinaire, sont dirigées dans leurs positions propres non seulement par la langue, les joues et les lèvres, mais en particulier par les cuspides de ces dents permanentes inférieures avec lesquelles les dents supérieures doivent faire occlusion.

Il est bien plus difficile de guider l'éruption des dents inférieures dans leur position convenable que celle des dents supérieures, car la langue le fait d'ordinaire, s'il y a assez de place.

Il est évident que, si les premières molaires permanentes font éruption dans une arcade immédiatement en arrière des dernières molaires temporaires, ces molaires temporaires doivent être aussi séparées latéralement que les bicuspides doivent l'être. Donc, les molaires principales doivent être, à 6 ans, presque aussi séparées latéralement qu'à l'âge d'adulte. Les irrégularités sont presque aussi nombreuses parmi les dents temporaires que parmi les dents permanentes.

Deux choses appellent particulièrement notre attention à l'âge de 4 à 6 ans : le prognathisme de l'arcade inférieure et le rapprochement excessif des dents temporaires entre elles, surtout des 6 dents antérieures. A 4 ans ces arcades peuvent généralement être étendues dans un délai de quinze jours à trois mois à peu de frais et en peu de temps et sans douleur si l'enfant a été bien soigné et n'a pas été effrayé. A 5 ans il faut des mois pour obtenir le même résultat, et à 6 ans on ne peut jamais être sûr des résultats

avant deux ans, bien que le mouvement ait été opéré en deux mois.

Plus on attend, plus il faut de temps, d'argent, plus il y a de chance de douleur et d'incertitude que les dents garderont la position dans laquelle elles ont été amenées.

A 5 ans, quelquefois plus tard, il est toujours possible d'écarter les couronnes des bicuspides en écartant les molaires temporaires ; mais quand les dents temporaires commencent à tomber, il n'y a plus rien à faire ; de plus, si les incisives temporaires sont encore dans la bouche à 6 ans 1/2 ou 7 ans, cela est une preuve qu'il y a eu arrêt dans le développement normal et il vaut mieux recourir alors aux méthodes ordinaires de l'orthodontie.

Si l'enfant a été négligé par ses parents, les médecins ou les dentistes, lorsque les dents permanentes ont suffisamment fait éruption pour qu'on puisse fixer sur elles un appareil, elles peuvent être écartées avec avantage pour le nez et les dents.

A certains âges il est impossible de fixer des ligatures efficacement aux dents pour obtenir un écartement rapide, parce que l'arrêt de développement de l'enfant, prouvé par le rapprochement des arcades des dents temporaires, peut avoir retardé considérablement le moment de l'éruption des dents temporaires.

Dans la grande majorité des cas, un arc d'expansion en fil d'or et de platine au 18 ou 20 de la jauge inséré dans des tubes verticaux fixés aux rubans des deuxièmes molaires temporaires et portant des fils métalliques linguaux étendra en peu de temps une arcade ainsi contractée et élargira également les conduits nasaux considérablement.

Je suis en général opposé à l'emploi de l'expansion rapide pour les dents temporaires, car je désire seulement venir en aide à la nature.

Quand l'âge du patient exige mon appareil de redressement pour les dents temporaires, j'emploie le fil métallique au 16 de la jauge.

A l'âge de 8 ou 9 ans je n'hésite pas à employer l'expan-

sion rapide, pour séparer en 10 à 15 jours les deux moitiés d'un maxillaire supérieur au moyen d'une vis au travers de la bouche, aussi haut que je puis fixer mon attache.

A 10 ans, quand les dents temporaires viennent de tomber, il n'est pas possible pendant un certain temps de fixer des ligatures pour expansion rapide aux bicuspides et aux cuspides faisant éruption, de sorte que pendant cette période les procédés ordinaires de l'orthodontie sont seuls applicables ; la prévention n'est pas possible plus longtemps.

Quant aux appareils de redressement des dents temporaires destinés à prévenir les déformations de la dentition permanente, l'or est la matière la plus forte pour construire les appareils destinés aux petits enfants. S'il s'agit de la classe 2 ou 3 (Angle) nécessitant des rubans de caoutchouc intermaxillaire, il convient d'employer des bandes à vis pour les dents d'ancrage, c'est-à-dire des bandes qui se combinent avec du ciment pour une attache et un écrou destiné à les maintenir solidement.

Mais dans la classe 1, où les premières molaires sont déjà articulées convenablement, et dans les cas où la dépense initiale doit entrer en ligne de compte, les bandes peuvent être en platine mince recouvert d'or ou en tube de laiton scié de la longueur voulue, s'adaptant à la gencive et s'ajustant aux dents d'ancrage. On obtient une adaptation parfaite en se servant de rubans d'acier mince à la mesure des dents qui doivent en être garnies.

En essayant cette bande d'acier sur un mandrin dont les anneaux sont numérotés on peut adapter très exactement aux dents d'ancrage les bandes qui doivent les entourer.

Quand les rubans d'ancrage ont été fixés aux dents, ces bandes doivent être recourbées avec une pince à courber, qui ajuste le ruban à la région la plus convexe des dents, de sorte que quand ils sont cimentés en place ils durent des mois. En plaçant des bandes d'ancrage sur les dents avoir soin que dans l'articulation aucune des dents antagonistes ne frappe ces bandes sur les bords, autrement ces bandes seraient relâchées et seraient amenées dans

la gencive ou brisées. On a souvent besoin de presser en avant, dans leur arcade avec les cuspides inférieurs, les incisives inférieures qui ont fait éruption dans la position irrégulière qu'elles occupaient lors de leur formation ; on le fait à l'aide d'un ressort en fil de platine et d'or, au 18 ou 20 de la jauge, qu'on courbe autour d'une circonférence dont le rayon est de 15 m/m. Après avoir obtenu cette courbe, l'extrémité longue du fil est ramenée aux rubans d'ancrage et soudée à ceux-ci. Pour s'assurer que la soudure est faite au bon endroit, les bandes peuvent être placées sur les molaires respectives et l'on prend une empreinte au plâtre. Les bandes sont placées dans cette empreinte et l'on fait un modèle de plâtre et de sable avec les 6 dents antérieures. Celles-ci peuvent alors être disposées en arcade parfaite et les ressorts ayant été ajustés à la position des 6 dents antérieures peuvent être soudés sur le modèle aux bandes qui sont sur les molaires.

Une fois placé dans la bouche, le fil métallique tendra à presser les incisives en avant contre l'arc latéral qui passe autour, d'une molaire à l'autre. Deux bandes d'or minces et étroites avec une petite projection linguale sont alors ajustées et cimentées aux incisives latérales inférieures, de telle sorte que les ressorts soient maintenus en action et ne puissent remonter. Une ligature de soie passée entre les incisives centrales inférieures et fixée à ces ressorts à leur point de croisement et attachée à l'arc labial aide à cette extension. Un morceau de fil d'or entourant la circonférence de 15 m/m de rayon avec une boucle au milieu ou un trou foré de haut en bas et un trou à chaque extrémité foré de même, avec laquelle on attache l'arc lingual au labial, ce qui embrasse les six dents antérieures, sert souvent à produire le mouvement en avant des incisives inférieures et leur torsion en même temps.

On obtient ainsi le redressement des 4 ou 6 dents antéro-inférieures. Si l'on se sert de bandes à écrou, l'arc lingual peut être fixé aux extrémités en saillie des vis employées pour les rubans au moyen de deux petits tubes parallèles en

forme de 8. Le tube inférieur est fendu et façonné de façon à glisser sur l'extrémité en saillie de la vis. Chaque tube supérieur supporte une extrémité de l'arc lingual, pourvu d'un petit écrou qui empêche le glissement en arrière au delà de la limite voulue. Cet arc lingual peut être amené en avant vers l'arc labial au moyen de la ligature de soie.

Une fois l'écartement voulu obtenu, laisser l'appareil en place jusqu'à disparition de toute mobilité des dents ; alors un fil lingual de 15 $^{m}/^{m}$ de rayon peut être fixé par des bandes aux deuxièmes molaires temporaires et demeurer jusqu'à la chute de ces molaires, après quoi toute rétention est inutile si l'arcade normale a été totalement obtenue par l'écartement des dents.

A PROPOS DE LA FIXATION DES BRIDGES A L'AIDE DE LA GUTTA-PERCHA

Par M. ZIMMERMANN.
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Bien qu'elle n'ait pas la prétention de vous exposer un travail particulièrement original, ma petite communication a cependant un but pratique : celui d'insister auprès de mes confrères qui ne scellent pas encore leurs bridges avec la gutta-percha pour qu'ils adoptent ce genre de fixation. C'est donc simplement un des avantages de ce procédé que je vais vous signaler. Ce cas est d'autant plus intéressant que, même à la clinique de bridges de l'Ecole, je ne l'ai pas vu se produire. Voilà près de deux années que nous avons continuellement employé la gutta et, en ma qualité de démonstrateur journalier, j'en ai vu tous les avantages, à tel point que je n'ai pas hésité, dès les premiers jours, à l'appliquer dans ma pratique personnelle.

Il y a 8 mois environ j'avais l'honneur de donner des leçons de bridges à un docteur étranger, particulièrement de bridges amovibles. Comme ce n'est pas très fréquemment que l'on a à exécuter ce genre de bridges dans sa clientèle surtout lorsque cette clientèle n'en est qu'à ses débuts, j'avais été heureux de trouver deux cas de bridge dans la bouche de mon mécanicien. Je décidai aussitôt d'en faire un fixe et l'autre amovible, vous les verrez tout à l'heure dans la bouche du jeune homme en question. Je ne me permettrai pas de vous entretenir de l'exécution détaillée de ce travail, que vous connaissez aussi bien que moi, je vous montrerai simplement ce qui s'est passé depuis le jour où ces travaux ont été placés en bouche. Du bridge amovible nous ne parlerons pas puisqu'il ne donna lieu à aucun incident.

Nous examinerons le bridge fixe du haut côté gauche, lequel va de la première prémolaire à la dent de 12 ans.

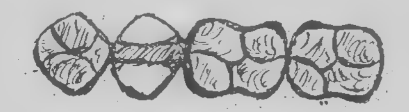
Je pensais que la deuxième prémolaire et la dent de six ans avaient été extraites précédemment. J'eus le tort à cette époque de ne pas demander à mon mécanicien à quel âge ces deux dents avaient été extraites. Depuis j'ai appris que ces extractions furent opérées à l'âge de 8 ans. Je dois dire en passant que même si je m'étais renseigné avant l'exécution de mon travail, j'aurais tout de même placé ce bridge et n'aurais pas attendu l'évolution d'une molaire qui aurait très bien pu ne pas se produire. Je fis donc le bridge simple, constitué par deux couronnes sur la première prémolaire et la dent de douze ans couronnes reliées par deux cuspides intermédiaires formant pont. Il y a environ deux mois mon mécanicien sentit un corps étranger sous son bridge et à l'examen je m'aperçus qu'une prémolaire évoluait. Je ne m'en suis pas inquiété à ce moment, puisqu'elle ne touchait pas encore mon pont de métal. La pression qu'exerce maintenant cette dent en voie d'évolution commence à faire sortir la couronne de prémolaire, mais malgré cela comme vous pourrez le voir le travail n'est pas encore ébranlé.

Que vais-je faire de cette dent que je n'attendais pas ? La solution la plus simple, serait de faire comme si elle avait été extraite, c'est-à-dire enlever le bridge, faire l'extraction et remettre en place ce dernier.

Malheureusement je suis réfractaire aux extractions et ne me décide à en faire qu'à la dernière extrémité, je veux donc une autre solution. Il s'en présente plusieurs et entre autres deux parmi lesquelles je choisirai l'une suivant la marche des événements. De toute façon descellement du bridge, chose très facile sans rien abîmer à mes couronnes *puisque le tout est scellé à la gutta,* ensuite remise en place des deux couronnes que je séparerai du pont d'or pour attendre l'évolution totale de ma prémolaire. C'est à ce moment que je verrai si je dois faire une couronne sur ma deuxième prémolaire pour la relier ensuite à ma couronne de grosse molaire par un cuspide, ou simplement faire dans la face triturante de cette dent nouvelle une

cavité d'inlay que je relierai à mes deux piliers ainsi que le montre le schéma ci-contre.

J'espère que vous ne nierez pas qu'il y ait eu avantage à sceller à la gutta, puisque sans détériorer en quoi que ce soit mes deux couronnes, ce qui eut été dommage vu le court laps de temps de leurs services, je puis apporter les changements nécessaires à ce nouvel état de choses.



Avant de terminer je veux encore ajouter un mot. Ce n'est pas le premier cas que je vois d'éruption dentaire tardive. Je rappellerai surtout le cas suivant que j'ai observé il y a une dizaine d'années. J'avais exécuté pour une dame de 55 ans un appareil de haut complet. Six mois après comme ma cliente se plaignait que son appareil tenait de moins en moins chaque jour, je n'ai pas été peu surpris de constater l'évolution simultanée de deux canines, dont je fis l'extraction quelque temps après, car elles étaient trop chancelantes pour en tirer partie.

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

Reconnues d'utilité publique.

Fête de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

7 décembre 1911.

(Suite.)

DISCOURS DE M. P. STRAUSS

Sénateur.

Mesdames, Messieurs,

C'est à mon tour de remercier M. le Ministre du Commerce, mon ami M. Couyba, d'avoir bien voulu venir ici ce soir.

Si je suis moi-même venu parmi vous, ce n'est pas pour les titres et qualités qu'ont bien voulu rappeler avec tant de bienveillance MM. Godon, Roy et Siffre. Ce n'est pas parce qu'il y a des liens étroits entre vous et l'Assistance publique française et parisienne ; ce n'est pas seulement parce que je suis un vieil ami des deux écoles dentaires et plus particulièrement de celle qui a élu son domicile dans le quartier que j'ai eu l'honneur de représenter pendant si longtemps au Conseil municipal. C'est aussi à un autre titre que je suis venu, au titre qui me rattache au ministère du Commerce, celui de vice-président du Conseil supérieur de l'enseignement technique, et je crois pouvoir dire sans aucun antagonisme avec le Ministre de l'Instruction publique, que représente ici mon très distingué voisin, sans aucune arrière-pensée de médisance ou de conflit, que M. le Ministre du Commerce est bien à sa place parmi nous, non pas seulement à cause de sa personne si séduisante, mais encore à cause de ses qualités.

Vous êtes effectivement tout à la fois les techniciens qui relèvent du Ministre du Commerce et des spécialistes fortement préparés suivant les conseils du Dr Roy, et cela seul justifie la présidence du Ministre du Commerce. Vous êtes en même temps aussi, par un double cumul, les clients de

l'Assistance publique et du ministère de l'Intérieur parce que, sous l'impulsion d'hommes tels que MM. Godon, Siffre, Roy et tous ceux qui m'entourent, vous avez su imprimer à votre enseignement la double direction qu'il doit avoir, vous avez su développer la culture générale et médicale de vos élèves, en même temps que vous avez su leur apprendre la technique et la pratique des procédés les plus délicats. Vous êtes non seulement des guérisseurs, comme on l'a dit tout à l'heure, mais encore des empêcheurs de maladies et d'accidents, vous êtes et vous devez être de plus en plus des hygiénistes, des propagateurs d'hygiène, des moniteurs d'hygiène populaire. Vous devez vous adonner à l'hygiène scolaire en participant à l'inspection médicale des écoles et à la propagation de l'hygiène dentaire dans tous les milieux industriels, civils et militaires. Et c'est pourquoi je suis si reconnaissant au Ministre du Commerce d'avoir renoué et d'avoir continué la tradition gouvernementale qui fait présider à ces fêtes les plus hauts représentants du Gouvernement. C'est que vous représentez ici un des groupements les plus actifs, les plus persévérants, les plus puissants : celui qui, s'appuyant sur l'initiative privée, a mis sur pied une œuvre qui fait le plus d'honneur à notre démocratie. Vous êtes un des groupements qui se sont préoccupés le plus des misères et des souffrances d'autrui, et c'est par là que je voudrais conclure et terminer, ne voulant pas faire un discours, m'adressant à la jeune génération d'élite, en lui demandant de profiter de tous les conseils et de tous les exemples qui lui sont donnés, non seulement dans les écoles, mais dans les dispensaires dentaires, pour rester de plus en plus fidèle aux enseignements de vos maîtres.

Vous devez non seulement être des éducateurs du peuple, mais encore des empêcheurs d'accidents évitables.

Aussi je vous engage, mes chers élèves, me rappelant que j'ai l'honneur de faire partie du Comité de patronage de vos Ecoles, à vous pénétrer de cette maxime que dans la vie les habitudes professionnelles ne doivent jamais vous détourner de la mission philanthropique et sociale qui vous est

tracée. Vous avez certes une énorme mission à remplir et je suis convaincu que, vous souvenant de l'enseignement de vos maîtres et des deux écoles où vous êtes actuellement préparés, vous serez dignes de vos instructeurs, de vos professeurs et dignes aussi de la démocratie républicaine, qui aura pour vous toute la reconnaissance que vous méritez. *(Applaudissements prolongés.)*

DISCOURS DE M. MESUREUR

Directeur de l'Assistance publique.

Mesdames, Messieurs,

Tout à l'heure, M. le Dr Roy a évoqué le souvenir d'un phare à feux changeants dont j'aurais été l'inventeur il y a environ une quizaine d'années. Je ne sais pas si à l'Ecole dentaire les feux ont changé souvent, mais ce que je peux vous assurer c'est qu'en ce qui me concerne le feu est demeuré fixe tout au moins à l'égard de l'Ecole dentaire : je vous juge de la même façon et je cherche autant qu'il m'est possible à augmenter les succès et le développement de l'Ecole dentaire.

Je ne me rappelle pas ce que pour ma part j'ai pu apporter à ces écoles dentaires, mais si j'y ai apporté quelque chose, j'en ai été largement payé, puisque ces écoles me font l'honneur d'être un peu de leur institution et celui aussi d'appartenir à l'Assistance publique.

Je suis à la veille de faire un nouvel effort, ça je vais tâcher de faire reconnaître par l'Assistance publique que vos écoles dentaires peuvent être admises pour le stage des élèves au même titre que les hôpitaux, sous cette condition que ces élèves seront placés sous la direction d'un médecin-dentiste des hôpitaux. Ce sont des conditions que vous remplissez admirablement et je fais appel ici à mon ami M. Strauss pour qu'au Conseil de surveillance nous puissions faire triompher cette idée afin que vos écoles méritent doublement leur titre, puisqu'elles deviendront des écoles officielles et puisque le stage pourra s'accomplir dans vos ateliers et vos laboratoires.

Ceci dit, je n'aurais rien à ajouter si, à la suite de ce qu'ont dit tous les orateurs qui m'ont précédé, mon attention n'était pas invinciblement attirée sur le caractère d'écoles professionnelles que possèdent vos écoles et que la présence de M. le Ministre du Commerce souligne.

Le grave problème de l'enseignement technique professionnel a passionné pendant bien des années le Ministre du Commerce et tous ceux qui se préoccupent du maintien du bon renom de notre industrie, de sa supériorité et d'assurer la suprématie qu'elle a su prendre dans le monde.

Cet enseignement professionnel a subi de très fâcheux à-coups par suite de l'affaiblissement ou de la suppression de l'apprentissage, il n'a pas encore trouvé sa formule, ou plutôt il l'a trouvée dans quelques écoles seulement et particulièrement chez vous, puisque vous avez su, et que le hasard et la force des choses humaines ont pu rapprocher la nécessité de la production de l'enseignement. En effet, si nous ouvrons une nouvelle école, au moment de l'ouverture de cette école, tous les professeurs sont des professeurs modernes, des professeurs nouveaux, tout imprégnés de l'esprit de leur pratique, des idées de progrès, connaissant par leurs études tout ce qui se fait autour d'eux dans le monde entier. Ils apporteront donc à leur école des éléments nouveaux et une impulsion véritablement utile. Mais que cette école vieillisse, que les professeurs vieillissent à leur tour, l'école restera immobile et l'effort de production nécessaire n'existant plus, l'école ne remplira plus le but qu'elle s'était proposé.

La matière première est pour vous inépuisable, puisqu'elle est composée de tous les gens qui souffrent et vous savez s'ils sont nombreux lorsqu'ils viennent frapper à votre porte.

Par conséquent, M. le Ministre trouvera ici une excellente leçon de choses, car cette école est forcée non pas seulement d'adapter ses élèves pour ainsi dire uniquement à un enseignement, non pas à la répétition de leçons apprises, elle est forcée de les adapter à la pratique de l'art dentaire

lui-même, puisque tous les jours vous mettez entre les mains de vos élèves des patients que vous avez le devoir, quelle que soit votre jeunesse à l'école, de ne pas faire trop souffrir.

C'est par conséquent une grave responsabilité qui échoit à vos élèves et je dirai à ceux-ci que c'est bien là que le métier est forcé de rentrer dans votre esprit, de diriger vos mains. En même temps votre responsabilité vous fait comprendre que des progrès sont nécessaires, puisque chacune des fautes que vous pouvez commettre, des expériences et des ignorances dont vous seriez coupables aurait sa répercussion sur l'être qu'on vous a confié.

C'est parce que je suis convaincu que vous avez ce sentiment de la responsabilité, parce que je suis convaincu que l'Ecole par son enseignement d'ordre excessivement pratique fait faire à tous ses élèves des progrès constants et certains que je suis resté attaché à votre Ecole et que j'y resterai toujours profondément attaché : tout mon dévouement est acquis aux écoles dentaires.

Tout à l'heure on vous disait : travaillez bien, faites des efforts, devenez des savants et vous marcherez sur le chemin de la fortune. Certainement, nous vous souhaitons tout cela. Mais nous avons voulu vous donner aussi, à côté de l'enseignement technique, de l'enseignement de votre œuvre, une leçon de bonté et de solidarité et c'est pour cela qu'on a admis les pauvres sur les fauteuils de vos écoles.

Cette leçon vient s'ajouter à celles d'esprit pratique ; c'est une leçon qui s'adresse non seulement à votre esprit, mais à votre cœur et lorsqu'on vous souhaite de marcher sur la route de la fortune, nous espérons que sur cette route vous vous apercevrez qu'à chaque pas il y a des malheureux et qu'il est nécessaire de ne pas trop hâter sa course pour secourir son semblable qui souffre. *(Applaudissements chaleureux.)*

DISCOURS DE M. GUILLARD

Conseiller municipal de Paris.

Mesdames, Messieurs,

Le Conseil municipal, en se faisant représenter à cette

cérémonie, a voulu vous donner une preuve de l'intérêt qu'il prend aux deux écoles dentaires. Je suis chargé de vous apporter ses félicitations et j'enveloppe dans ces félicitations le Comité de patronage, les maîtres et les élèves. Mais vous me permettrez de donner un souvenir tout particulier à celui qui a été le promoteur de cette œuvre : M. Godon, qui doit être fier du résultat obtenu. S'il a voulu démontrer que nous avons, que nous pouvons faire en France aussi bien qu'à l'étranger, il y a parfaitement réussi.

Le Conseil municipal de Paris ne pouvait pas se désintéresser de votre œuvre, il ne le pouvait pas d'abord parce que, d'une manière générale, il s'intéresse à toutes les manifestations de l'activité parisienne, mais il ne le pouvait pas pour deux motifs particuliers : d'abord c'est que votre succès montre ce que peut faire dans l'enseignement professionnel l'initiative privée quand elle est guidée par une intelligence éclairée et soutenue par un dévouement inlassable. En second lieu vous rendez à nos hôpitaux, si bien dirigés par mon sympathique voisin, les plus grands services, par les soulagements que vous apportez, et en cela vous faites une œuvre éminemment démocratique.

Voilà pourquoi je puis vous assurer du concours et de l'appui du Conseil municipal, appui non seulement moral, mais, ce qui vaut mieux encore, appui matériel. *(Applaudissements.)*

ALLOCUTION DE M. GODON

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le Ministre, Messieurs les Présidents et Membres du Comité de Patronage, Mesdames, Messieurs, Chers Elèves,

Permettez-moi, monsieur le Ministre, au nom du Président de l'Ecole odontotechnique, M. Maleplate, et au mien, de vous remercier du grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de venir présider cette fête annuelle, mainte-

nant commune à nos deux écoles, de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

Nous avons, depuis l'année dernière, établi entre l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique, comme nous l'avions fait déjà antérieurement avec l'Ecole dentaire de Lyon, une entente qui nous permet de réaliser, dans l'administration de nos institutions, dans les programmes et l'organisation de nos études, les plus grands progrès. Cette entente nous vaut aussi chaque année le plaisir de fêter ensemble les plus méritants de nos élèves et de souhaiter une bienvenue aux nouveaux.

Déjà, M. le Ministre de l'Instruction publique, que nous sommes heureux de voir représenté ici par un de ses distingués collaborateurs, M. Campmann, avait bien voulu, l'année passée, consacrer officiellement cette union.

Les Conseils d'administration de nos écoles ont émis cette année le vœu que M. le Ministre du Commerce vienne, lui aussi, constater cette entente.

C'est que nos institutions ne comprennent pas seulement des cours d'enseignement supérieur des sciences médicales ressortissant au ministre de l'Instruction publique et à la Faculté de médecine de Paris ; des dispensaires dentaires gratuits pour les pauvres, titres qui nous ont acquis non seulement des subventions du Conseil municipal de Paris, dont nous avons le plaisir de saluer ce soir le représentant, M. le conseiller Guillard, mais encore les sympathies des personnalités les plus hautes de la science et de la politique qui composent notre Comité de patronage et à la tête desquelles nous sommes très fiers de compter, comme présidents d'honneur, les philanthropes les plus justement estimés, comme l'éminent président du Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. le sénateur P. Strauss, à qui nous sommes redevables chaque année de tant de bienfaits, le dévoué et éclairé directeur de l'Assistance publique de Paris, M. G. Mesureur, qui nous donne si souvent des preuves nouvelles de sa bienveillante sollicitude. Je suis heureux, au nom de tous les membres de nos Sociétés, de leur

en exprimer publiquement notre profonde reconnaissance.

Nos deux écoles comprennent également dans leurs programmes l'enseignement supérieur technique. C'est à ce titre que votre Ministère nous a accordé une médaille d'or en 1887 et depuis, chaque année, une médaille de vermeil comme prix au meilleur de nos élèves, des récompenses aux expositions, des distinctions honorifiques à nos membres, et que plusieurs de vos prédécesseurs, comme MM. Mesureur et Millerand, sont venus présider nos séances annuelles.

Mon excellent collègue M. le Dr Siffre, le très distingué directeur de l'Ecole odontotechnique, vous dira tout à l'heure à son tour, au nom de son Ecole, avec la clarté et le talent qui le caractérisent, pourquoi nous nous réjouissons encore de votre présidence ce soir.

Mon dévoué collaborateur et ami M. le Dr Roy, à qui notre Conseil d'administration a confié la direction de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris lorsqu'il a, sur ma demande établi cette année une nouvelle répartition des services, vous dira la place importante qu'occupe dans notre programme l'enseignement technique, surtout depuis le décret du 11 janvier 1909 sur la réforme des études dentaires ; les côtés par lesquels il se rattache à l'enseignement professionnel tel que vous l'avez conçu, notamment dans les réformes accomplies par vos décrets du 28 octobre dernier ; il vous montrera ce qui en constitue l'originalité et ce qui justifie son autonomie à l'égard de l'enseignement médical.

Nul n'est plus qualifié parmi nous que M. le Dr Roy pour cette tâche : membre du Conseil et professeur à l'Ecole depuis de longues années, rédacteur en chef de *L'Odontologie*, dentiste des hôpitaux, il s'occupe depuis longtemps de toutes les questions relatives aux études odontologiques en France et à l'étranger, particulièrement comme secrétaire de la Commission d'enseignement de la Fédération dentaire internationale. Il pourra vous signaler l'intérêt que nous prenons aux réformes de l'enseignement professionnel, ainsi que les répercussions qu'elles peuvent avoir sur notre profession, spécialement en ce qui concerne la prothèse

dentaire, cette branche si française de l'art dentaire, et tout ce que comportent les études des apprentis mécaniciens, ces assistants si précieux des chirurgiens-dentistes.

Je dois me limiter à ces quelques mots de présentation et de remerciements, car si l'entente interscolaire a eu beaucoup de résultats avantageux pour nos écoles et leurs élèves, elle pourrait avoir un inconvénient pour leurs amis qui viennent assister à nos fêtes, si elle entraînait de trop longues allocutions. Je me bornerai donc à signaler à votre bienveillante attention, monsieur le Ministre, les excellents collaborateurs membres du Corps enseignant et administrateurs qui donnent gracieusement, sans compter, leur temps et leur dévouement à nos institutions philanthropiques pour l'instruction de nos élèves et le soulagement des pauvres.

Je terminerai en adressant nos bien sincères remercîments à vous tous, mesdames et messieurs, qui nous faites l'honneur de participer à cette fête et en vous exprimant, monsieur le Ministre, notre vive gratitude pour le précieux encouragement et le puissant appui que, autant par l'autorité qui s'attache à votre personne que par votre qualité de membre du Gouvernement de la République, vous apportez par votre présence ce soir aux œuvres d'initiative privée et d'intérêt général que représentent les deux Ecoles dentaires de Paris reconnues d'utilité publique. *(Vifs applaudissements.)*

DISCOURS DE M. ROY

Directeur de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, Chers Elèves,

Appelé à prendre la parole dans cette séance en ma qualité de directeur de l'enseignement, je tiens tout d'abord à saluer tous les amis de nos deux écoles qui ont bien voulu se joindre à nous dans cette fête de famille pour applaudir aux succès de nos élèves et nous apporter, à nous, professeurs et administrateurs, des encouragements précieux dans la lourde tâche que nous avons assumée.

Je tiens à saluer spécialement aussi M. le Sénateur Strauss et M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, ces deux amis dévoués de nos institutions.

Je veux remercier tout particulièrement M. le Ministre du Commerce du grand honneur qu'il nous fait en venant ce soir présider notre séance de distribution des récompenses.

M. Couyba, quoique nouveau venu parmi nous, n'est pas un étranger pour cette école de par les hautes fonctions qu'il occupe avec tant de mérite, car déjà plusieurs de ses prédécesseurs au Ministère du Commerce sont venus en cette même qualité présider nos séances et nous donner l'appui de leur haute personnalité.

Nous sommes heureux de voir dans sa présence ce soir la justification des paroles si éloquentes que prononçait en 1895 à cette même place notre dévoué président d'honneur M. Mesureur, alors ministre du Commerce : « Un nouveau cabinet est à la tête des destinées du pays, disait-il ; mais, de même que ces phares à feux changeants dont le foyer reste unique, quoique les couleurs qu'ils revêtent ne demeurent pas semblables, de même l'esprit républicain qui nous anime tous est un foyer qui ne changera jamais, malgré ses reflets variables. »

L'esprit républicain, on le voit, n'a pas changé puisqu'après M. Mesureur et M. Millerand, ministres du Commerce d'hier, nous avons le plaisir de voir M. Couyba, ministre actuel du Commerce, venir à son tour présider cette fête professionnelle. *(Applaudissements.)*

Mais, dira-t-on peut-être, pourquoi avez-vous demandé au ministre du Commerce de venir à cette réunion, vous dentistes, qu'une jurisprudence constante a déclaré ne pas être des commerçants ?

C'est que le ministre du Commerce a sous sa dépendance la direction de l'enseignement technique et que nous n'avons garde d'oublier que, si nous sommes un établissement d'enseignement supérieur libre, nous sommes aussi un établissement d'enseignement technique supérieur et c'est pourquoi nous sommes fiers d'avoir le patronage de l'homme

éminent qui méritera le nom d'organisateur de l'enseignement technique en France. *(Applaudissements.)*

Vous n'ignorez pas en effet que M. le Ministre du Commerce, par une série de décrets en date du 24 octobre dernier, vient de constituer les premiers éléments de coordination des divers enseignements techniques par la création de comités départementaux et cantonaux de l'enseignement technique, et par la création d'un certificat de capacité professionnelle.

Ce sont là des innovations appelées à avoir une profonde répercussion sur le développement des connaissances techniques dans toutes les professions.

Une catégorie particulièrement intéressante de techniciens qui nous touchent de près est appelée à bénéficier de cette création, ce sont les mécaniciens-dentistes, ces précurseurs du chirurgien-dentiste actuel et ses plus précieux collaborateurs, pour lesquels nous avons déjà organisé des cours professionnels inspirés justement de l'esprit des décrets de M. le Ministre du Commerce.

Rien de ce qui touche à l'enseignement technique ne peut nous être indifférent à nous qui sommes aussi des techniciens et qui devons, à cette qualité, le développement prodigieux de notre art depuis ces trente dernières années.

Sans doute, nous ne sommes pas et ne saurions être exclusivement des techniciens, sans doute il nous faut avoir ce bagage important de connaissances scientifiques et médicales indispensable aux chirurgiens-dentistes ; mais nous ne devons pas oublier que toutes nos connaissances théoriques seraient vaines si elles ne s'appuyaient pas sur un enseignement technique parfait, puisque la thérapeutique dentaire est telle qu'on ne peut faire œuvre de guérisseur que si l'on est un technicien. *(Applaudissements.)*

C'est pourquoi nous devons veiller avec un soin jaloux à ne pas laisser amoindrir cette valeur technique de l'enseignement dentaire qui ne peut se développer que dans l'autonomie absolue de notre profession avec un enseignement exactement adapté dans toutes ses parties

au but spécial qu'il doit poursuivre. *(Applaudissements.)*

Aussi peut-il sembler étrange de voir encore quelques individualités réclamer la fusion de l'art dentaire avec la médecine, à l'heure où tous les médecins s'accordent à reconnaître l'insuffisance des études à la Faculté de médecine au point de vue de la simple technique médicale, cependant bien infime, en comparaison de la technique dentaire qui touche aux arts et aux sciences les plus divers et nécessite un apprentissage prolongé de l'œil et de la main.

Notre art, par sa complexité même, par le développement considérable qu'il a pris, ne peut plus être absorbé par un autre, puisqu'il tend déjà lui-même à se subdiviser. Ne voyons-nous pas déjà en effet certains de nos confrères se spécialiser dans une branche particulière de notre thérapeutique ? Nos congrès dentaires ne sont-ils pas obligés de se subdiviser en sections nombreuses pour apporter de la méthode dans les multiples questions qui sollicitent l'activité des dentistes ? Et ce serait d'un art et d'une science semblables que l'on voudrait faire une branche secondaire d'un tronc qui n'a déjà que trop de peine à assurer sa vitalité propre ! C'est là une chose inadmissible.

Et si l'on veut bien me permettre une figure empruntée à l'horticulture, et qui ne sera pas déplacée dans la salle où nous sommes réunis ce soir, même si l'on admettait une thèse qui n'est pas la nôtre, la thèse des stomatologistes qui veulent que l'art dentaire soit une branche de la médecine, on pourrait dire à juste titre que cette branche a pris racine à son tour par le marcottage représenté par les travaux et les recherches des dentistes et par le prodigieux développement de leur technique spéciale ; et, de même qu'en horticulture, la branche marcottée est séparée du tronc lorsque ses racines sont suffisamment développées pour assurer sa propre nourriture, de même l'art dentaire a droit aujourd'hui à une vie autonome seule capable de lui assurer son parfait développement. *(Applaudissements.)*

Cette autonomie, le décret du 11 janvier 1909, qui a réformé les études dentaires, l'a consacrée de nouveau en

renforçant encore le programme des études techniques par l'institution des deux années de stage de prothèse, c'est-à-dire par deux années d'études de l'une des branches fondamentales de l'art dentaire, de celle justement qui est le plus capable de développer cette habileté manuelle qui est une des qualités indispensables du chirurgien-dentiste.

Nous avons été particulièrement heureux de ces réformes qui assurent à l'enseignement dentaire en France une organisation modèle, aucun pays étranger n'ayant une organisation aussi complète. Notre pays est ainsi le premier à réaliser, dans son programme d'études, ce programme idéal élaboré il y a quelques années par la Fédération Dentaire Internationale, fédération qui comprend dans son sein les personnalités les plus qualifiées du monde entier dans les questions d'enseignement dentaire.

Je pense que M. le Ministre qui nous préside ce soir ne se formalisera pas de ce que je vais dire, car c'est la constatation d'un fait d'ordre presque inéluctable avec les organismes d'Etat ; mais il nous faut bien constater, en effet, que, tandis que les Facultés de médecine, pour des raisons diverses, mais en particulier d'ordre budgétaire, n'ont pas encore pu à l'heure actuelle mettre à exécution un programme de réformes des études médicales, qui est décidé depuis trois ans, les écoles dentaires, œuvres d'initiative privée, ont pu réaliser immédiatement les réformes des études dentaires et, depuis un an, la nouvelle organisation de ces études est entrée en plein fonctionnement.

Pour assurer l'exécution de ces réformes, nos écoles se sont imposé les plus lourds sacrifices, faisant édifier de vastes et beaux laboratoires, modifiant leurs programmes, créant de nouveaux cours afin de donner aux futurs dentistes, avec l'instruction scientifique et médicale qui leur convient, cette forte éducation technique dont nous avons toujours proclamé la nécessité.

C'est à vous maintenant, chers élèves, vous qui êtes l'avenir de notre profession, qu'il appartient de montrer par votre travail les résultats de ce nouveau programme d'ins-

truction dentaire qui doit faire de vous des praticiens parfaitement préparés à l'exercice de notre belle profession, que vous aimerez de plus en plus à mesure que vous la connaîtrez mieux. Cultivez donc avec zèle les diverses branches de la science et de la technique dentaires, afin de devenir des praticiens à la fois instruits et habiles et que, plus tard, quand vous réclamerez ce titre de docteur en odontologie qui sera créé un jour, on puisse dire que vous le réclamez à bon droit, ne serait-ce qu'au point de vue étymologique, puisque vous serez réellement savants en odontologie. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. SIFFRE

Directeur de l'École Odontotechnique.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,
Chers Élèves,

L'an passé, M. le Ministre de l'Instruction publique avait bien voulu accepter la présidence de notre fête annuelle, et nous eûmes la grande satisfaction d'entendre la voix autorisée de son délégué, M. le professeur Roger, nous prêcher la persévérance dans l'étude pour augmenter notre patrimoine scientifique et théorique. Nous nous réjouissions de ces bonnes paroles, car nous considérons l'odontologie comme une science, c'est entendu, mais nous pensions, après l'avoir maintes fois répété, que la partie technique y tenait la plus large part.

Par cela, vous comprenez, Monsieur le Ministre, combien fut grande notre joie d'apprendre que vous acceptiez la présidence de notre fête de ce soir. Vous êtes pour nous, Ecoles dentaires, pour ainsi dire la synthèse de la conception professionnelle qui nous est chère, tant par ce que nous demandons d'enseigner aux étudiants, que par ce que nous voulons voir posséder par le praticien pour exercer utilement et légitimement sa profession. Aussi, est-ce avec le plus grand élan d'enthousiasme que nous nous joignons aux

paroles de notre collègue Godon, et que nous vous affirmons notre sincère reconnaissance.

La scolarité dentaire, profondément modifiée par le décret de janvier 1909 et les deux années d'études qui portent à cinq années le temps nécessaire pour postuler le diplôme de chirurgien-dentiste, donne à l'enseignement un caractère si spécial que nul mieux que vous, Monsieur le Président, aussi bien le législateur que le ministre, ne pouvait mieux nous comprendre. N'êtes-vous point désormais l'organisateur de l'enseignement technique, de cet apprentissage qui semblait devoir disparaître et avec lui ces merveilleux artisans, ces merveilleux artistes que sont les ouvriers français!

Notre confrère Roy vous a démontré toute l'importance de la partie technique; j'aurai garde de n'y rien ajouter, ou simplement que cette partie de l'enseignement est pour nous l'apprentissage qui retient votre sollicitude; nous vous demanderons de le conserver et de l'améliorer, sûrs d'avance que tout ce qui peut concourir à la grandeur de notre pays vous intéresse. Et chercher à tenir le premier rang parmi nos confrères mondiaux, c'est notre façon à nous, dentistes, arrière-neveux de Fauchard, de grandir notre France!

Et maintenant que la science théorique et la technique ont reçu nos hommages, il me reste naturellement à examiner ce que le décret de 1909 a modifié dans la partie proscolaire. Et bien là encore nous avons satisfaction. Les conditions d'entrée sont démocratiques. Le lycée et la primaire seront notre pépinière : bourgeois et ouvriers pourront prétendre faire embrasser à leurs enfants une profession libérale, honorable et lucrative. Ce ne sera plus la fortune qui désignera les seuls privilégiés aux professions privilégiées. Tous les citoyens doivent être égaux et doivent avoir les mêmes droits et les plus hautes ambitions, la seule limite à la réalisation ne devant être établie que par la puissance de l'effort personnel et le commencement du droit d'un autre citoyen.

Mais, Monsieur le Ministre, n'est-ce pas une forme de

réalisation de l'instruction progressive et uniforme qui vous est chère ! Nous pensons que le baccalauréat et le brevet supérieur sont suffisants pour que notre enseignement soit assimilé et utile à nos élèves et futurs confrères. Nous ne recherchons point autre chose que la connaissance parfaite et complète de toute notre spécialité.

Nous savons bien que d'autres confrères n'ont pas la même conception de notre profession : ils veulent d'abord être médecins. Nous nous contenterons de dire ici que l'exercice de l'art dentaire comporte pour tous ceux qui l'exercent la même pathologie et la même thérapeutique, voilà pour la partie théorique ; quant à la partie technique il y a une différence en ce que le docteur en médecine devient dentiste après le doctorat, c'est-à-dire après 25 ans, tandis que le chirurgien commence les gammes techniques à 16 ans et Forster, le savant professeur de physiologie, a bien dit que le perfectionnement cérébral n'avait pour ainsi dire pas de limite, tandis que l'habileté manuelle ne pouvait s'acquérir que dans la limite de la vingtième année.

Nous avons la prétention d'être logiques en commençant par le commencement, et nous sommes heureux de voir à nos côtés les représentants autorisés de M. le Ministre de l'Instruction publique, du Conseil municipal de Paris et aussi nos présidents d'honneur, M. le sénateur Strauss, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, nous donner le courage de continuer la lutte pour la bonne cause en nous aidant de leur appui moral et de leur dévouement.

Je vous renouvelle nos remerciements, Messieurs, et vous assure que je ne me trompe pas en me faisant l'interprète de tous les odontologistes pour vous assurer de leur sincère gratitude.

Et maintenant, chers élèves, en sortant de l'École, s'ouvre pour vous le chemin de la gloire ; nous vous souhaitons d'y trouver le sentier de la fortune.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CERTIFICAT D'ÉTUDES SECONDAIRES

M. Debraux, directeur de l'Institut *Langues-sciences*, a écrit au Ministre de l'Instruction publique pour lui demander que le certificat d'études secondaires continue à être admis pendant quelque temps encore pour l'inscription en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Il a reçu du Recteur de l'Académie de Paris la réponse suivante, qu'il nous communique et que nous publions dans la pensée qu'elle peut intéresser nos lecteurs. Cette lettre règle en effet définitivement la question de l'ancien régime d'études.

Paris, le 13 décembre 1911.

Monsieur,

Vous avez adressé à M. le Ministre une requête à l'effet d'obtenir que le certificat d'études institué par le décret du 25 juillet 1893 continue à être admis pour l'inscription en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance la dépêche ci-après que M. le Ministre m'adresse à ce sujet :

« *Un décret en date du 11 janvier 1909 a réorganisé les études en* » *vue du diplôme de chirurgien-dentiste. Ce décret, rendu après avis* » *du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à la suite d'une longue* » *et minutieuse étude faite par la Commission de médecine et de phar-* » *macie du Comité consultatif de l'enseignement public, exige, art. 2* » *§ 2, pour l'inscription au stage soit le diplôme de bachelier, soit le bre-* » *vet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études pri-* » *maires supérieures. Il admet également le diplôme de fin d'études de* » *l'enseignement secondaire des jeunes filles. Mais il ne fait pas mention* » *du certificat prévu par le décret de 1893, ce certificat n'offrant plus* » *aujourd'hui de garanties suffisantes.*

» *Ces dispositions n'ont été proposées par le Comité consultatif et après* » *lui par le Conseil supérieur et n'ont été ratifiées par le Ministre que* » *dans l'intérêt même de la profession, afin de lui assurer un meilleur* » *recrutement. Elles répondaient, d'ailleurs, aux vœux réitérés des as-* » *sociations de chirurgiens-dentistes et des établissements libres d'en-* » *seignement supérieur dentaire.*

» *Il y a lieu de remarquer d'autre part que le décret du 11 janvier* » *1909 a tenu compte dans la mesure la plus large des intérêts des as-* » *pirants au diplôme de chirurgien-dentiste qui, au moment de sa pro-*

» *mulgation, préparaient le certificat institué en* 1893. *En effet, il prévoit, comme dispositions transitoires, que ce certificat ne cessera d'être délivré qu'à la fin d'octobre* 1911. *L'article* 17 *porte* § 2: « Toutefois, du 1er juillet 1909 au 30 octobre 1911, il sera encore tenu des sessions d'examens pour le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893. »

» *Les candidats n'ont donc pas eu moins de six sessions pour se présenter au certificat dont il s'agit. Il n'était pas possible de leur accorder un plus long délai sans risquer de compromettre la réforme.*

» *Pour ces motifs, la requête qui m'a été adressée n'est pas recevable. Toute autre décision irait à l'encontre des intentions du Comité consultatif et du Conseil supérieur de l'Instruction publique et soulèverait de la part de tous ceux qui s'intéressent aux études dentaires les réclamations les plus vives — et j'ajoute, les plus justifiées.* »

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vice-Recteur,

LIARD.

GROUPE DES AMIS DES ECOLES DENTAIRES DE PARIS ET DE L'A. G. S. D. F.

Depuis le dernier numéro nous avons reçu les adhésions nouvelles au *Groupe* et à la circulaire publiée le 30 novembre :

MM. Décolland, Lambert, Ladevèze, Redelinger.

Le secrétaire,
HENRI VILLAIN.

Le *Groupe des amis* a reçu, parmi beaucoup d'autres lettres, la lettre suivante de notre confrère M. Nolda, D. E. D. P., de Hambourg.

Hambourg, le 9 décembre 1911.

Monsieur et cher confrère,

Dans le dernier numéro de *L'Odontologie* je trouve une liste de signatures de confrères témoignant leurs sympathies à notre cher directeur M. Godon. Je vous prie d'y ajouter mon nom. Il est bien triste de voir qu'un certain nombre de confrères cherchent systématiquement à amoindrir cet homme, qui, par son infatigable travail pendant une trentaine d'années et par de grands sacrifices de temps et d'argent, a rendu d'incomparables services à notre chère Ecole et à notre profession en général.

Je suis avec vous d'avis qu'on devrait ignorer les attaques qui se trouvent dans un journal à caricatures que personne ne peut prendre au sérieux.

Quel est l'effet de ces calomnies ?

Nous l'avons vu à la séance de clôture du Congrès de Berlin.

Est-ce que jamais on a entendu des applaudissements de confrères du monde entier pareils à ceux qui ont été adressés à la personne de notre vénéré Dr Godon ?

Ceux qui étaient présents se les rappelleront toujours. Nous qui sommes à l'étranger, nous savons apprécier le mérite et les services rendus par M. Godon.

Les attaques dirigées contre lui ne peuvent qu'augmenter les sympathies pour lui.

Veuillez agréer, mon cher confrère, les salutations confraternelles d'un vieil ami et diplômé de 1887.

Bien à vous,
OTTO NOLDA.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

COUR DE PARIS (8e Ch.)

Présidence de M. COUROT.

Audience du 20 juillet 1911.

VENTE. — CABINET DENTAIRE. — DROIT HORS DU COMMERCE. — ELÉMENTS SUSCEPTIBLES DE VENTE. — CLIENTÈLE. — DROIT AU BAIL. — EXERCICE RÉGULIER DE LA PROFESSION. — INSCRIPTION A LA PATENTE. — INTERDICTION DE SE RÉTABLIR. — RAYON DÉTERMINÉ. — MODE DE CALCUL.

S'il n'est pas permis de vendre un cabinet dentaire et sa clientèle, qui ne sont pas dans le commerce, les parties peuvent vendre et acheter le matériel, le mobilier, le droit au bail, le droit de présentation à la clientèle et celui de se dire successeur du vendeur.

L'acheteur ne saurait alléguer que la cession est nulle, parce que le vendeur n'avait pas le droit d'exercer la profession de dentiste, alors que celui-ci exerçait bien avant la loi de 1892, était inscrit au rôle des patentes, et n'a jamais été l'objet d'aucune poursuite.

Lorsque le vendeur s'est interdit de se rétablir dans la ville ou dans un rayon déterminé, la distance doit être calculée, non à vol d'oiseau, mais d'après le tableau officiel des distances.

C. c. S.

La Cour :

Considérant que les époux C... sont appelants d'un jugement du Tribunal civil de Versailles en date du 22 juin 1910 ; que cet appel est recevable en la forme ;

Au fond : — Sur la validité du contrat de la vente :

Considérant que si, dans l'acte du 15 juin 1908, les parties ont déclaré vendre et acheter notamment un cabinet dentaire avec sa clientèle, elles n'ignoraient pas qu'elles disposaient ainsi d'un droit incorporel qui n'est pas dans le commerce, et qu'en réalité, elles entendaient vendre et acheter, comme l'acte le spécifiait, le matériel, le mobilier, le droit au bail, le droit de présentation à la clientèle (la dame S... devait rester un certain temps à la disposition des époux C...), le droit de prendre le titre de successeur de ladite dame ; que de plus, la venderesse s'interdisait la faculté de créer ou faire valoir directement ou indirectement un cabinet dentaire dans la ville de Versailles et dans un rayon de 40 kilomètres ;

Considérant que tous ces objets et droits étaient susceptibles d'être vendus et achetés, et que les premiers juges ont sainement appliqué les prescriptions des articles 1156 et suivant, en recherchant avant tout

l'intention véritable des parties, et en faisant produire effet à un contrat consenti de bonne foi ;

Considérant que les époux C... ont payé comptant une certaine somme, qu'ils ont pris possession des objets et droits vendus, que la dame S... les a présentés à sa clientèle, qu'ils se sont dits ses successeurs, et qu'ils n'ont jamais prétendu en définitive, soit que le prix fût excessif, soit qu'ils eussent été victimes de manœuvres dolosives ;

Considérant, dans ces conditions, qu'il n'y a lieu de faire une ventilation entre le prix du cabinet et celui des autres objets ou droits cédés ; que les époux C... ont bien su ce qu'ils achetaient et que le prix ne saurait être réduit ;

Sur le droit de la dame S... d'exercer la profession de dentiste : — Considérant que les époux C... soutiennent devant la Cour que la dame S... n'avait pas le droit d'exercer cette profession, et que, dès lors, le contrat est encore nul à ce titre ; qu'ils invoquent les dispositions de la loi du 30 novembre 1892 et opposent à l'intimée sa non-inscription au rôle des patentes à la date du 1er janvier 1892 ;

Mais considérant qu'il résulte de tous les documents de la cause que la dame S... n'a cessé d'exercer la profession de dentiste depuis tout au moins l'année 1885 jusqu'à ce jour ; qu'en se mariant en 1885 avec le sieur G..., elle prenait dans son contrat de mariage le titre de praticienne dentiste, et apportait dans ce contrat, notamment, les outils de cette profession ; que pendant ce mariage, elle l'a exercée conjointement avec son mari et que si, pendant ce temps, le nom de G... figure seul sur le rôle des patentes, elle ne doit pas moins bénéficier de cette inscription ; qu'après le décès de G.., elle n'a cessé de figurer sur le rôle des patentes sous le nom de dame G..., puis de femme S... ; qu'elle n'a jamais été troublée ni inquiétée par personne, qu'aucune poursuite n'a été dirigée contre elle et que le syndicat des dentistes a reconnu ses droits ; qu'encore aujourd'hui, elle exerce sa profession à M. ;

Considérant que la dame S... est donc en règle avec la loi de 1892, le cabinet dentaire dirigé alors par elle et son mari étant inscrit régulièrement sur le rôle ;

Sur les conclusions subsidiaires ; — Considérant que les époux C... prétendent encore que la dame S... aurait, contrairement à son contrat, créé un cabinet dentaire à M., soit dans un rayon de 40 kilomètres ; qu'ils demandent la résiliation du contrat, la restitution des sommes versées, et 10.000 de dommages-intérêts ;

Mais considérant que, dans son contrat, la dame S... a pris seulement l'engagement de ne pas créer ou faire valoir un cabinet dentaire dans la ville de Versailles, et dans un rayon de 40 kilomètres ; qu'en s'installant à M., elle a d'autant moins violé son engagement, qu'il y a plus de 40 kilomètres de distance réelle entre ces deux villes, d'après le tableau officiel des distances, et que, dans l'espèce, il importe peu qu'à vol d'oiseau, il y ait seulement 36 kilomètres ;

Considérant que les époux C... ont voulu, avant tout, se mettre à l'abri d'une concurrence possible de l'intimée dans la ville de Ver-

sailles et qu'ils ne prétendent même pas que la dame S... se livre dans cette ville, près de ses anciens clients, à des manœuvres ayant pour but de les enlever à ses successeurs et de les amener à M.;

Considérant, en résumé, que les époux C... ne cherchent qu'à se soustraire à leurs engagements et à ne pas payer ce qu'ils restent devoir à la dame S...; que c'est ce but qu'ils ont voulu atteindre par les multiples moyens de procédure soulevés tant en première instance qu'en appel, bien qu'ils conservent tout le bénéfice du contrat incriminé;

Par ces motifs, et adoptant les motifs qui ont déterminé les premiers juges; dit l'appel recevable en la forme; au fond, le dit mal fondé; confirme...

Min. pub. : M. PEZOUS, subst. proc. gén.; Plaidants : Mes JOSÉ THÉRY et DE MORO-GIAFFERI, av.

OBSERVATIONS. — Une jurisprudence constante se prononce en ce sens. — (V. notamment : Cass., 13 mars 1894, S.1895.2.43. — Paris, 14 avril 1894, S.1896.2.158. — Paris, 3 avril 1894, S.1896.2.153. — Trib. Seine, 8 avril 1897, *La Loi* du 26 octobre 1897. — Trib. Châteauroux, 25 juillet 1898, S.1899.2.286. — Nancy, 23 février 1909, *La Loi*, 1909, p. 497.)

La clause d'interdiction de se rétablir dans un rayon déterminé donne lieu à de fréquentes difficultés. Sur le point de savoir si la distance doit être calculée à vol d'oiseau, ou autrement, il y a divers systèmes (V. *Pand. fr. Rép.*, v° *Fonds de commerce*, n° 758 et s.). L'opinion qui paraît l'emporter consiste à dire que si l'acte a employé les mots « à moins d'une distance de... » la distance doit être calculée en suivant la ligne la plus courte par les voies existantes. Si l'acte a employé les mots « rayon » ou « périmètre », il faudrait adopter la ligne droite. (V. Paris, 6 février 1875, *Journ. Trib. comm.*, 1875, p. 481. — Paris, 20 avril 1880, S.1881.2.134. — Paris, 30 juillet 1881, S.1882.2.4. — Trib. com. Seine, 25 août 1886, *Journ. Trib. comm.*, 1888, p. 58. — Paris, 3 mai 1893, *France judiciaire*, 1893, p. 379.)

(*La Loi* du 12-13 novembre 1911.)

NÉCROLOGIE

Le professeur Lannelongue.

Nous apprenons à la dernière heure la mort du professeur Lannelongue, de la Faculté de médecine, sénateur du Gers, président de l'Académie de médecine.

Rappelons que nous lui devons le rapport sur le décret du 11 janvier 1909.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ses obsèques par son directeur et plusieurs membres de son corps enseignant.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Le Conseil d'administration a décidé, dans sa séance du 14 novembre, l'ouverture d'un concours pour un poste de professeur suppléant de chirurgie dentaire.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. André Robine, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marguerite Dufour, célébré le 19 de ce mois.

*
* *

Nous apprenons également le mariage de M. Henri Weil, chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Renée Bloch, célébré le 17 décembre.

*
* *

Nous apprenons aussi le mariage de notre confrère M. Sosson, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mme Guillot.

*
* *

Nous apprenons de même le mariage de notre confrère M. Panagiotis-Pappathanasiou, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Nitza Prévédouro, célébré à Athènes le 9 novembre.

*
* *

Nous apprenons enfin le mariage de notre confrère M. René Viel avec Mlle Rose Geoffroy, célébré le 21 décembre.

Nous leur adressons nos félicitations.

Banquet offert à MM. Godon et Maréchal.

Le *Comité Républicain de défense des intérêts du Huitième arrondissement* a offert un banquet à MM. Ph. Maréchal et Ch. Godon, en l'honneur de leur nomination comme maire et adjoint du 8e arrondissement.

M. le sénateur Poirrier, qui devait présider ce banquet, s'est fait excuser à cause de la maladie de sa fille. M. le sénateur Strauss a bien voulu le remplacer.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, félicite les nouveaux élus et apprend que de nouvelles écoles vont être construites au 8e arrondissement, que l'hôpital Beaujon va bientôt disparaître.

M. le sénateur Strauss prend la parole au nom des membres de l'Académie de médecine et de nombreux médecins de Paris. Il félicite MM. Maréchal et Godon. Le gouvernement ne pouvait faire un meilleur choix. Ces deux docteurs auront l'occasion de faire du bien comme l'a déjà fait M. Godon, promoteur scientifique de l'école professionnelle des chirurgiens-dentistes.

M. le sénateur Chautemps parle également de l'Ecole dentaire de Paris, dont il rappelle les débuts, et il félicite M. Godon d'avoir fait une œuvre durable.

M. Godon remercie.

M. Maréchal (maire-adjoint depuis six ans) remercie également.

Un certain nombre de membres du *Groupe des amis des écoles dentaires de Paris*, notamment MM. Blatter, Cernéa, d'Argent, Fouques, Roy, Siffre, G. et H. Villain, etc. assistaient à ce banquet.

La soirée se termine par des projections Molteni : vues de l'Atlas et du Maroc.

A. F. A. S.

Lors des élections pour le renouvellement du Conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.) M. Godon a été élu délégué de l'Association.

A. G. S. D. F.

L'assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. aura lieu le dimanche 21 janvier 1912, à 9 heures précises du matin, 45, rue de La Tour-d'Auvergne avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Procès-verbal ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° — — trésorier ;

5° — de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie ;*

6° Modification du Règlement intérieur (vote par correspondance, dispositions générales, paragraphe 3) ;

7° Elections pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (Paris, 8 membres, Départements, 9);

8° Questions et propositions diverses.

Membres sortants rééligibles :

Paris.	*Départements.*
J. d'Argent.	Brodhurst (Montluçon).
Bruschera.	Cottard (Marseille).
Cernéa.	Durand (Lyon).
G. Fouques.	Fléty (Dijon).
Francis Jean.	Jouard (Saint-Cloud).
Lalement.	Lemaire (Bourges).
Machtou.	Mouton (Châtellerault).
Miégeville.	Thuillier (Rouen).

Cecconi (Pontoise), décédé.

NOTA. — Le vote aura lieu à 10 heures précises.

Le secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

Le Conseil d'administration se réunira le samedi soir 20 janvier à 8 h. 1/2.

Association de l'Ecole odontotechnique.

L'assemblée générale de l'Association de l'Ecole odontotechnique s'est tenue le mardi 19 décembre à 8 h. 1/2 du soir.

Après l'adoption du procès-verbal et des rapports du secrétaire général et du trésorier, il a été procédé à l'élection de quatre membres du Conseil d'administration pour remplacer les membres sortants. Ont été élus MM. Rodolphe, Frison, Maleplate, Bruel.

Le Conseil d'administration s'est réuni après la séance et a constitué son bureau de la façon suivante :

Président : M. Rodolphe.
Vice-présid. : MM. Lee et Frison.
Secrétaire général : M. Bruel.
Secrét. des séances : M. Guérard.
Conserv. du Musée : M. Fourquet.
Bibliothécaire : M. Barden.
Directeur de l'Ecole : M. Siffre.
Directeur-adjoint : M. Franchette.

Canton de Genève.

Le Conseil d'Etat de Genève a nommé deux chirurgiens-dentistes chefs et un assistant pour la nouvelle policlinique dentaire scolaire gratuite.

MM. Hennesey, Meylar et Mlle Challand ont été désignés.

* * *

Les étudiants de l'Ecole dentaire de Genève ont adressé une pétition aux autorités pour demander la création d'un doctorat rendant leur diplôme professionnel égal à celui des autres professions libérales.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1911.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

BIBLIOGRAPHIE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

CORRESPONDANCE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

FAITS CLINIQUES

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

HYGIÈNE

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MISE AU POINT

Ordre du jour voté par le Conseil de l'Ecole dentaire de Paris concernant M. Delair.

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, réuni en séance extraordinaire, le 25 juillet 1911, considérant que M. Delair, membre titulaire de la Société et professeur à l'Ecole, a fait paraître, dans le numéro de juillet 1911 du « Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France », un article exprimant à l'adresse du président-directeur de l'Ecole : 1° des réflexions extrêmement injurieuses, de nature à porter atteinte à son honorabilité ; 2° des allégations fantaisistes et erronées, en ce qui concerne le rôle qu'il attribue à M. Godon dans la constitution du Comité national d'hygiène dentaire, à laquelle M. Godon n'a pourtant pris aucune part ;

Attendu que l'article de M. Delair contient, en outre, des insinuations perfides et de mauvaise foi relativement à certains actes administratifs de l'Ecole et susceptibles de faire planer des doutes sur l'honnêteté non seulement de M. Godon, mais aussi des membres du Conseil d'administration, dont la responsabilité est liée à celle de leur président-directeur ;

Considérant que, si M. Delair avait des plaintes ou des réclamations à formuler, son devoir était de le faire devant le Conseil d'administration, le Conseil de famille ou l'Assemblée générale ; qu'au lieu de cela, il a préféré s'adresser à un journal étranger à la Société, lequel a répandu à plus de trois mille exemplaires, dans la profession, ses injures graves, ses récriminations injustifiées et ses calomnies diffamatoires susceptibles de jeter le discrédit sur la Société et sur ses représentants ;

Le Conseil proteste vivement contre la conduite de M. Delair, blâme d'une façon absolue ses procédés contraires à la bonne confraternité et à la déontologie et décide :

1° De déférer M. Delair au Conseil du Corps enseignant ;

2° De renvoyer devant le Conseil judiciaire l'examen de la question des poursuites à intenter, en réparation du préjudice causé à la Société et à ses représentants, et charge son bureau de prendre toutes les mesures utiles à la suite à donner à cette affaire.

*
* *

Ordre du jour voté par le Conseil de l'Ecole dentaire de Paris concernant M. Godon.

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, réuni le 25 juillet 1911, après avoir pris connaissance d'un article publié par M. Delair, dans le numéro de juillet 1911 du *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, et adopté à ce sujet les décisions qui lui ont paru opportunes, est heureux d'adresser, à l'unanimité, à son président, M. Godon, l'expression de sa sympathie et de ses sentiments de reconnaissance pour les efforts désintéressés et le dévouement qu'il a toujours prodigués à l'Ecole dentaire depuis sa fondation.

*
* *

Lettre de MM. J. D'Argent et M. Roy à M. Ch. Godon.

Paris, 26 juillet 1911.

A Monsieur le Docteur Ch. Godon.

Mon cher ami,

Vous nous avez chargés de nous rendre auprès de M. Delair pour lui demander des explications au sujet d'un article paru sous sa signature, dans le n° de juin 1911 du Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes.

En conséquence nous avons eu, le 24 courant, une entrevue avec M. Delair, auquel nous avons exposé le but de notre visite. Il nous a tout d'abord répondu que l'article incriminé reproduisait en partie les allégations d'un article de M. Francis Jean paru dans la Revue de chirurgie dentaire.

Nous avons montré à M. Delair l'inexactitude du récit contenu dans cet article et l'inanité des renseignements à lui fournis par M. Francis Jean, notamment en ce qui concernait le patronage de la F. D. I. et la lettre de M. Paterson, tronquée à dessein. A ce sujet, M. Delair nous a déclaré que M. Francis Jean lui avait affirmé que le passage

supprimé concernait des détails de famille alors que, comme nous le lui avons montré en lui soumettant le texte complet, le passage supprimé expliquait justement le malentendu au sujet du mot F. D. I. employé pour celui de Commission d'hygiène de la F. D. I. dans la circulaire incriminée.

Nous avons alors fait observer à M. Delair que, quelle que fût son opinion sur la constitution du Comité d'hygiène et les incidents auxquels celle-ci avait donné lieu, il y avait dans son article un point de fait qu'il ne pouvait maintenir à la suite des explications qui lui étaient fournies.

En effet tout son article roulait sur ce motif que M. Godon avait été l'instigateur et le fondateur du nouveau Comité national français d'hygiène et qu'il avait été l'auteur responsable de l'incident relatif au patronage de la F. D. I. Or, M. Roy, l'un des fondateurs dudit Comité et son président, apportait sur ces deux points une affirmation absolument formelle: 1° M. Godon n'avait pris en aucune façon l'initiative de la fondation de ce Comité dont l'idée même ne lui appartenait pas; 2° il n'avait pas pris la plus légère part à sa fondation faite en dehors de lui à 11 h. 1/2 du soir le 5 mai; 3° il n'avait pris aucune part à la rédaction de la circulaire dans laquelle les fondateurs du Comité parlent de la mission qu'ils ont reçue de la F. D. I. et qui avait suscité l'incident de la lettre Paterson.

Il était donc inadmissible que, dans ces conditions, M. Delair pût maintenir ses affirmations premières sur ce point qui intéresse particulièrement M. Godon.

M. Delair reconnut à ce sujet qu'il avait été induit en erreur et que sa bonne foi avait été surprise par l'absence de toute protestation ou de tout acte de défense de notre part.

Nous lui avons fait observer ensuite combien étaient graves les allégations du début de son article, qui, étrangères au débat présent, paraissaient vouloir laisser planer sur la gestion des administrateurs de l'Ecole dentaire de Paris et de son directeur une suspicion inadmissible.

A la suite des explications qui furent échangées à ce sujet M. Delair reconnut la gravité des termes employés par lui dans son article et l'inexactitude de ses assertions basées sur des renseignements erronés.

Dans ces conditions il nous promit de faire paraître un article de rectification dans le Bulletin du Syndicat *dans lequel il ajouta même, de son propre chef, qu'il publierait en outre une invitation à l'entente entre les divers Groupements professionnels. Il nous promit d'écrire une lettre conçue dans le sens convenu pour la prochaine séance du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris qui devait se tenir le lendemain soir 25 juillet. C'est dans ces conditions que nous avons pris congé de M. Delair qui, partant immédiatement en voyage, nous demanda 24 heures pour réfléchir aux termes de sa lettre et de son article.*

Or hier soir, 25 juillet, en arrivant à la séance du Conseil de l'Ecole,

l'un de nous a reçu une lettre de M. Delair dans laquelle il nous informait que, après réflexion et après avoir vu M. Francis Jean, il réservait toute décision jusqu'après jugement de l'instance intentée par celui-ci.

Nous avons pensé que dans ces conditions et en présence de ce revirement notre mission, toute de conciliation, était terminée.

Recevez, mon cher ami, en cette circonstance, l'assurance de notre bien cordiale et profonde sympathie.

J. D'ARGENT. MAURICE ROY.

*
* *

Lettre de M. Ch. Godon à MM. J. D'Argent et M. Roy.

Paris, le 27 juillet 1911.

A Messieurs d'Argent et M. Roy.

Mes chers amis,

Je vous remercie de la démarche que vous avez faite, en mon nom, près de M. Delair.

J'avais pensé être en présence d'un collègue assez loyal pour que, dès lors qu'on lui apportait les preuves des inexactitudes contenues dans son article, il les rectifiât de lui-même.

Après avoir reconnu que sa bonne foi avait été surprise et qu'il s'était trompé, il se dérobe à nouveau devant le devoir de loyauté que vous lui aviez signalé! Je me suis donc mépris.

Je laisse juges de son attitude les confrères informés et le Conseil du Corps enseignant auquel il est déféré.

Quant à moi, l'approbation de mes actes par les Conseils dont je dépends, les témoignages de sympathie, d'estime et de confiance que mes collègues de l'Ecole viennent de me donner à nouveau et ceux qui m'ont été adressés de divers côtés me suffisent et me consolent des attaques injustes dont j'ai été l'objet.

J'ai toujours agi conformément aux mandats que j'ai reçus, et dans l'intérêt exclusif des sociétés que je représente et de la profession que je sers depuis tant d'années.

On ne réussira pas, quoi qu'on fasse, à transformer en incidents personnels injustifiés des démêlés qui regardent nos sociétés.

J'ai la conscience tranquille.

Veuillez recevoir, mes chers amis, avec mes vifs remerciements, l'assurance de ma bien sincère amitié.

Dr CH. GODON.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE ET SOCIÉTÉS ADHÉRENTES

RÉUNION DE DÉLÉGUÉS A LA F. D. N. DU 20 JUILLET 1911.

Les délégués à la F. D. N., soussignés, représentant l'Association générale syndicale des dentistes de France, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, la Société odontologiqne de Lyon, la Société des dentistes de l'Aisne, réunis en séance le 20 juillet 1911 à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris,

Après avoir examiné la situation et reconnu que tout essai d'entente n'a rencontré que des actes d'hostilité ;

Considérant que la situation actuelle de la F. D. N. présente des irrégularités nombreuses, en opposition avec ses statuts et règlements, notamment en ce qui concerne la composition de son Bureau, nommé irrégulièrement par l'Assemblée générale du 24 mars 1911, au lieu de l'avoir été par le Comité exécutif, ce dernier n'ayant pas été encore constitué ;

Considérant que MM. Francis Jean et Pailliottin, désavoués et privés de leur mandat, par décision du 17 juin 1911, par les Sociétés qui les avaient mandatés, prétendent continuer à siéger dans ce Bureau ; que MM. Kern et Richaume n'étaient délégués d'aucune société au moment de la constitution du Bureau dans lequel ils furent nommés ;

Considérant que l'Assemblée générale du 24 mars 1911 a délibéré irrégulièrement, et qu'il en sera de même de celle projetée pour le 4 août 1911 à Dijon, puisqu'elle sera entachée des mêmes vices, et que d'ailleurs les délégués de l'A. G. S. D. F. et de l'E. D. P., ainsi que les Sociétés qu'ils représentent, n'ont pas été convoqués ;

Décident de rompre toutes relations avec M. Francis Jean et avec tous les membres qui ont la prétention de représenter la F. D. N. et décident de considérer comme nulles et non avenues toutes leurs décisions tant que cette F. D. N. n'aura pas tenu, à son siège social, une assemblée générale régulière pour constituer, conformément à ses statuts, son Comité exécutif et son Bureau, toutes les Sociétés composant la F. D. N. avant le 24 mars 1911 y étant seules convoquées.

En attendant la reconstitution de la F. D. N. sur des bases régulières, les délégués des Sociétés précitées et de toutes les sociétés

qui y adhèreront décident de se constituer sur les mêmes bases en *Association dentaire nationale française* pour défendre leurs intérêts communs et maintenir les relations avec la F. D. I. et les Sociétés étrangères.

Les délégués présents :

Amoëdo.
Blatter.
Bioux.
Cauhépé.
d'Argent.
Dreyfus.
Godon.
Godefroy.
Jolivet.
L. Lemerle.
R. Lemière.
Loyer.
Machtou.
Martinier.
Miégeville.
Robin, G.
Rollin.
Roy.
Solas.
Staviski.
Vasserot.
Vanel.
H. Villain.
G. Villain.
Zimmermann.

Pour copie conforme :

Le secrétaire général de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

H. VILLAIN.

Le secrétaire général de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

BLATTER.

*
* *

ORDRE DU JOUR DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE LYON

Les membres du Conseil d'administration du Groupement de l Ecole dentaire de Lyon, réunis en séance ordinaire le 6 juillet 1911, après avoir pris connaissance des divers procès-verbaux des séances de l'Association française d'hygiène dentaire, de la F. D. N., de l'Ecole dentaire de Paris, etc., des lettres de MM. Godon, F. Jean, Blatter, etc.,

Estiment qu'il est délicat à distance et en se basant uniquement sur des documents contradictoires de se faire une opinion sûre et impartiale et qu'on risque en prenant parti pour telle ou telle personnalité, de commettre une erreur préjudiciable à un confrère ou à un groupe de confrères honorables ;

Estiment au surplus que toutes ces querelles paraissent être surtout basées sur des questions de personnalité et que dans ces conditions l'intérêt général de la profession doit être envisagé avant tout ;

Demandent qu'un terrain d'entente soit cherché loyalement pour faire disparaître ces rivalités et qu'au besoin les parties adverses aient

recours à un arbitrage prononcé par un groupe de dentistes choisis par les intéressés;

Déclarent se solidariser avec leurs collègues de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, non pas pour infliger une sorte de blâme à quelqu'un ou donner tort à un groupe de confrères, mais parce que l'Ecole dentaire de Lyon n'oublie pas ce qu'elle doit à ces deux groupements et au docteur Godon en particulier.

Pour copie conforme :
Signé : Dr Pont.

Lyon, le 8 juillet 1911.

*
* *

ASSOCIATION DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE
(A. O.)

A propos de la F. D. N.

Ordre du jour voté par le
Conseil d'administration de l'Association odontotechnique
le 21 *juillet* 1911.

Étant données les explications fournies par M. Siffre, délégué de l'A. O., et l'étude des statuts de la F. D. N., *le Conseil d'administration de l'Association odontotechnique*, considérant que tous les actes accomplis par la F. D. N. et son Bureau depuis l'assemblée générale du 24 mars 1911 sont entachés de nullité, et, dans un but de réconciliation nécessaire entre les divers groupements représentés dans la F. D. N., donne mandat à ses délégués, MM. Maleplate, président du Conseil d'administration de l'A. O., G. Grimaud et Dr Siffre, membres de l'A. O., d'invoquer les art. 10, 14, 15 des statuts de la F. D. N. afin que cette dernière soit réunie dans trois mois pour l'élection régulière de son Bureau, conformément auxdits statuts.

Le Président du Conseil d'administration :
Maleplate.

Les délégués :
Grimaud, Dr Siffre.

Pour copie conforme :
Dr Siffre.

LA CONSTITUTION DU COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE[1]

Réponse au factum de l'Association française d'hygiène dentaire. — La genèse du C. N. F. H. D., émanation de la F. D. I. — Une habile manœuvre : la clôture prématurée de la liste des membres par le président du Comité d'initiative. — Les modifications aux statuts. — La sauvegarde des principes odontologiques. — L'assemblée du 5 mai aux *Sociétés Savantes*, les attaques injurieuses de quelques non-professionnels, l'exode des dentistes. — Constitution du C. N. F. H. D., juste riposte à un piège. — Le patronage de la F. D. I. — Où est la majorité ?

Les sociétés composant la F. D. N. ont reçu du président de la F. D. N. une lettre en date du 26 mai, accompagnée d'un *historique* (?) de la création du Comité national français d'hygiène dentaire et de l'Association française d'hygiène dentaire.

Ce factum, rédigé d'une façon fort habile, farde et habille la vérité avec une adresse qui n'eût pas déplu aux disciples d'Escobar.

Nous eussions laissé sans réponse les imputations haineuses que contient ce factum à l'égard d'un certain nombre d'entre nous si, par la manière dont les faits sont présentés, ce document n'était de nature à induire en erreur ceux qui ne sont pas parfaitement au courant des faits.

Mais, de même qu'il y a l'esprit et la lettre des lois, il y a l'esprit et la lettre des faits, et nous devons, pour éclairer nos confrères, rétablir très exactement la lettre des faits, si habilement dénaturés par le factum, et en montrer très exactement l'esprit.

---

1. A la suite des incidents qui ont accompagné la constitution du Comité national français d'hygiène dentaire (C. N. F. H. D.) M. Francis Jean a adressé à toutes les sociétés adhérentes à la F. D. N. et à la presse professionnelle une lettre et un historique dans lequel il attaquait vivement les organisateurs de ce Comité et les délégués à la F. D. N. de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France. Ce factum a été publié dans la *Revue de chirurgie dentaire*, mais ce journal n'ayant pas encore publié la réponse que le Comité national français d'hygiène dentaire lui a adressée, et cette non-publication ayant été interprétée par certains comme une sorte d'acquiescement aux attaques de M. Francis Jean et de l'Association française d'hygiène dentaire qu'il préside, nous nous décidons à sortir de la réserve que nous nous étions imposée dans un but d'apaisement pour ne pas aggraver le débat et nous publions ci-dessous la réponse du Comité national français d'hygiène dentaire qui a été adressée aux présidents de toutes les sociétés adhérentes à la F. D. N.

I. — La genèse du Comité national français d'hygiène dentaire.

L'origine du Comité national français d'hygiène dentaire doit être recherchée dans la F. D. I.

La F. D. I. constitua dès l'année qui suivit sa fondation (1901) une Commission internationale d'hygiène dentaire et des services publics. Cette Commission a tenu régulièrement ses séances sous la présidence successive de MM. Franck (Vienne), Bryan (Bâle), et enfin de M. Jessen, de Strasbourg, depuis le Congrès de Berlin (1909).

Ce Congrès a nommé, dans sa 10e section [1], le 25 août 1909, un Comité international permanent d'hygiène buccale avec 20 Comités nationaux. Les membres de ce Comité ont été reconnus par la F. D. I. dans la séance du 26 août à Berlin comme constituant la Commission internationale d'hygiène et des services dentaires publics. Le Bureau de cette Commission fut alors ainsi composé :

Président d'honneur :	M. Cunningham (Angleterre).
—	M. Jessen (Strasbourg).
Secrétaire	M. Lenhardtson (Suède).

Le Comité national français fut ainsi composé : MM. Godon, Maurice Roy, Francis Jean, Siffre, Fabret (Nice), G. Villain, H. Villain.

Aussitôt qu'il fut constitué, le Bureau de la Commission internationale adressa aux 20 Comités nationaux une lettre rappelant que « les Comités nationaux proposés par la 10e section du Congrès de Berlin, acceptés par celui-ci et confirmés par la F. D. I., constituent, avec les membres de la Commission d'hygiène de la F. D. I existant depuis la création de celle-ci à Paris en 1900, la Commission internationale d'hygiène étendue (H. C. F. D. I.).

La mission des Comités nationaux était ainsi indiquée :

« *Le premier devoir du Comité national sera de fonder dans les divers pays des sociétés dont la composition, la tâche et le but seront analogues à ceux du Comité central allemand.* »

C'est à la suite de cette invitation que le Comité français décida de demander à la F. D. N. de s'occuper de l'organisation du Comité national français d'hygiène dentaire et que celle-ci nomma un Comité d'initiative composé du Bureau de la F. D. N. auquel furent adjoints, avec M. Godon, président d'honneur, MM. Siffre, Franchette et Roy, et il fut décidé, sur la proposition de M. Godon, que le C. N. F. H. D. serait rattaché à la F. D. I.

Ainsi donc, il est établi par ces diverses citations :

1° Que le Comité national français proposé par la 10e section du Congrès de Berlin, accepté par celui-ci et confirmé par la F. D. I. en 1909, se composait de 7 membres : MM. Godon, Roy, Siffre, Francis Jean, Fabret, G. et H. Villain, dont 5 membres sont adhérents au C. N. F. H. D. ;

2° Que le premier devoir du Comité national français était de fonder

---

1. Voir *L'Odontologie* du 30 octobre 1909, pages 406 à 410.

en France un Comité national français d'hygiène dentaire dont la composition, la tâche et le but seraient analogues à ceux du Comité central allemand d'hygiène dentaire ;

3° Que le président de la Commission d'hygiène de la F. D. I., avec l'autorisation et le mandat de cette dernière, a demandé qu'il soit procédé le plus tôt possible à la création du Comité national français d'hygiène dentaire ;

4° Que le Comité national devait se mettre en relations avec les sociétés dentaires ou autres corps compétents et joindre ses efforts aux leurs pour obtenir des municipalités la création de cliniques dentaires scolaires ;

5° Que le bureau de la F. D. N. composé de 5 membres : MM. Francis Jean, Pont, Grimaud, Blatter, Barden et Richaume, auxquels sont adjoints MM. Siffre, Franchette, Roy et Godon, président d'honneur de la F. D. N., est constitué en Comité exécutif ;

6° Que le Comité national français d'hygiène dentaire devait être rattaché à la F. D. I. ;

Telle est l'origine du Comité national français d'hygiène dentaire, qui, on le voit, est bien l'émanation directe de la Commission internationale d'hygiène et des services dentaires publics de la F. D. I.

Cela posé, examinons maintenant point par point les faits exposés par le rédacteur du factum qui nous occupe, la signification qu'il leur donne, les conclusions qu'il en tire et les commentaires dont il les accompagne.

II. — Cloture prématurée des listes des membres du C. N. F. H. D.

Le Comité d'initiative, dans une réunion tenue les premiers jours d'avril, décida que l'assemblée constitutive, composée de tous les adhérents provisoires, se réunirait le 5 mai, et, sur la proposition de M. Francis Jean, fixa au 20 avril la clôture de la liste des membres qui pourraient y assister.

Cette date était manifestement prématurée ; elle souleva les protestations de M. Roy dans la séance où elle fut arrêtée, et M. Godon, absent, fit remarquer par lettre qu'il devait s'écouler un délai de 13 jours avant la réunion de cette assemblée ; que pendant ce temps beaucoup d'adhésions pouvaient être recueillies qu'il y avait intérêt à en rassembler le plus possible ; qu'un délai aussi long était inusité ; enfin que les réunions des 29-30 avril et 1er mai du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. étaient de nature à attirer un grand nombre de dentistes de Paris et de la province, parmi lesquels on recruterait des adhérents.

Les véritables motifs de la hâte avec laquelle le président du Comité d'initiative voulait clore la liste ne devaient apparaître qu'à l'assemblée du 5 mai elle-même. Le président voulait être sûr de la composition de cette assemblée et s'assurer à l'avance une majorité pour les élections du Comité d'hygiène et les votes qu'émettrait l'Assemblée.

Si ces motifs avaient pu être soupçonnés, il aurait été aisé de déjouer la combinaison en amenant, comme il le fit lui-même, un nombre

de non-professionnels suffisant pour lui enlever cette majorité. Mais qui, en dehors des instigateurs, pouvait songer à de semblables manœuvres ?

Le factum ajoute qu'à partir du 20 avril le Groupement de l'E.D.P. qui jusque-là n'avait donné *aucune* adhésion, *trouva des recruteurs ardents qui, en quelques jours, établirent une liste de 50 noms nouveaux (nous ne pouvons dire* ADHÉRENTS, *ajoute le document).*

Sur le premier point, les listes elles-mêmes suffisent à démontrer l'inexactitude ou la fausseté, comme on voudra, de l'allégation. Sur le second point, les réunions dont nous venons de parler, tenues 45, rue de La Tour-d'Auvergne à l'occasion de l'inauguration de l'École de stage, amenèrent un tel concours de dentistes qu'il fut extrêmement facile, n'en déplaise au rédacteur du factum, de recueillir 50 adhésions nouvelles.

III. — Les modifications aux statuts.

Ces adhésions nouvelles ne furent pas le seul fruit de ces réunions. De 97 la liste était montée à 156. Comme on sait, pour le 29 avril au soir avaient été convoqués les Conseils d'administration de l'E.D.P. et de l'A. G. S. D. F. en séance commune d'abord, en séances séparées ensuite. Au cours de ces séances les décisions suivantes furent prises :

1° Sur la proposition de MM. Blatter et J. d'Argent, l'Association s'inscrit comme membre fondateur du Comité national français d'hygiène dentaire pour 100 francs ;

2° Il en est de même de la Société de l'E. D. P. ;

3° — d'Odontologie de Paris ;

4° Le Groupement demande (proposition de M. Mouton) que dans la constitution du Comité la Commission d'initiative se préoccupe d'assurer la sauvegarde des principes odontologiques ;

5° Les Conseils de l'École dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F. demandent à la Commission d'initiative de ce comité d'ajouter au projet de statuts un article pour que les sociétés en général soient représentées au Conseil d'administration du Comité par des délégués et, en ce qui concerne les trois sociétés ci-dessus en particulier, par leurs délégués à la F. D. N. ;

6° Les Conseils demandent que les adhésions envoyées au Comité d'hygiène soient reçues jusqu'à l'ouverture de la séance constitutive du 5 mai (Vœu appuyé par les 5 membres du Comité MM. Blatter, Godon, Pailliottin, Pont, Roy) ;

7° Renvoi au Comité d'hygiène dentaire du vœu relatif à l'amendement au projet de loi sur l'inspection médicale dans les écoles primaires ;

8° Félicitations au président et aux membres de la Commission d'initiative.

Notification de ces décisions fut faite par écrit le 3 mai au Comité d'initiative. Il a été reproché, à ce propos, au Groupement d'avoir tardé à faire cette notification. Or, les réunions se sont tenues le samedi 29 avril de 9 heures à minuit. Les journées du 30 avril et du

1er mai ont été employées à la rédaction des procès-verbaux, qui ont été remis le 3 mai au matin aux secrétaires généraux; les décisions en ont été extraites, recopiées à la machine à écrire et remises le soir même 3 mai au Comité.

Il y avait si peu d'hostilité dans la demande de modification que, dans la séance même où les deux sociétés les formulaient, elles s'inscrivaient chacune comme membre fondateur avec une souscription de 100 francs et votaient des félicitations au Comité d'initiative!

Toutefois, en même temps les Conseils d'administration susmentionnés demandaient que des garanties fussent données que le Comité à créer ne deviendrait pas une arme contre les odontologistes, et personne ne s'étonnera de voir ces conseils se préoccuper des intérêts généraux de la profession, d'accord en cela avec les décisions de la F. D. I. mentionnées ci-dessus.

Ce désir, bien légitime, était formulé ainsi dans la note du 3 mai :

« Pour donner satisfaction aux vœux n° 4 et 5 il y aurait lieu d'ajouter au projet de statuts un article assurant la représentation des sociétés dans le Conseil d'administration analogue aux art. 5 à 9 qui figurent dans le règlement de la F. D. N. (brochure rouge 1910) et qui pourrait être ainsi conçu ».

« Les sociétés adhérentes sont représentées dans le Conseil d'administration par leur président ou par des délégués nommés par elles à raison de 1 par 100 membres ou fraction de 100 membres. Le Conseil d'administration du C. N. F. H. D. serait ainsi composé de trois éléments : les professionnels, les non-professionnels et les délégués des sociétés, ce qui assurerait la sauvegarde des principes odontologiques demandée par le vœu n° 4 et donnerait une représentation aux sociétés adhérentes. »

Cette proposition logique, rationnelle et honnête, n'avait nullement pour but, comme cela est perfidement affirmé dans le factum, *d'assurer la majorité à M. Godon et de faire du Comité d'hygiène dentaire un nouveau satellite du Groupement.*

Les réunions des 29, 30 avril et 1er mai étaient décidées depuis longtemps et les explications données ci-dessus montrent qu'on n'avait pas attendu intentionnellement la *veille de l'Assemblée constitutive pour modifier essentiellement les statuts et changer d'attitude.*

Il est hors de doute que les délégués de l'École et de l'Association au Comité d'initiative avaient le devoir strict, l'obligation d'y présenter et d'y défendre les vœux qui avaient été émis par leurs commettants. Ces vœux étaient-ils inutiles ? Non, certes; les débats de cette assemblée l'ont montré.

On sait que les tendances stomatologiques prédominent dans les milieux officiels et dans certain public mal informé.

Sous prétexte que les discussions d'ordre professionnel ne doivent pas trouver place dans des sociétés comme celles-là, ce n'est pas une raison pour que des professionnels qui prennent une initiative semblable s'abstiennent d'obtenir des garanties contre le détournement possible de l'action de la société du but odontologique qu'elle poursuit. Il ne suffit pas que le président du Comité soit animé des meilleures

intentions pour empêcher que des statuts, si ceux-ci ne s'y opposent pas d'une façon formelle par leur rédaction elle-même, ne puissent être retournés contre les idées dont se réclame ce président, si une majorité se rencontre pour en décider ainsi. M. Francis Jean, qui en a fait l'expérience contre ses adversaires, pourra voir demain la même expérience se refaire contre lui et les idées qu'il prétend représenter.

La preuve que les idées défendues par les délégués du Groupement n'étaient pas de nature à écarter les non-professionnels, c'est que, avec des statuts contenant précisément des dispositions de ce genre, les non-professionnels ont adhéré en nombre imposant au Comité d'hygiène qui a son siège 49, rue de Miromesnil et qui est constitué conformément aux vœux du Groupement.

IV. — L'Assemblée du 5 mai aux Sociétés savantes.

Ceci dit quant aux préliminaires de l'Assemblée constitutive, arrivons à l'Assemblée du 5 mai, présidée par M. Francis Jean assisté de membres du bureau de la F. D. N.

51 membres sont présents. Ceux-ci se décomposent en 29 professionnels et 22 non-professionnels, ces derniers amenés par M. Francis Jean, sauf 2.

Les 20 non-professionnels amenés par M. Francis Jean nous sont inconnus, à l'exception d'un ancien employé de l'École dentaire de Paris, qui devait à lui seul se charger de l'opposition et des attaques personnelles et qui en a été récompensé par sa nomination de secrétaire général administratif de la société.

Les professionnels ne se doutaient évidemment pas en venant qu'ils allaient assister à une séance violente ; il semblait qu'une société semblable dût se constituer sans soulever aucune passion et dans un accord parfait quant au but poursuivi et quant aux moyens. Mais dès le début ils furent surpris de se trouver en butte aux attaques de deux membres non-professionnels qui s'opposaient à leurs propositions avec une violence que le factum lui-même, où l'on chercherait en vain de l'impartialité, ne peut s'empêcher de reconnaître en disant : UN GRAND ET VIF ENGAGEMENT *se produisit sur la question des sociétés adhérentes... Les non-professionnels ont refusé de se laisser faire* ET LE LUI ONT DIT (à M. Godon) BRUTALEMENT... *Des mots* UN PEU VIFS *furent échangés... M. Godon voulut revenir sur la question,* retrouva la *même* RUDE HOSTILITÉ.

Ces quelques citations empruntées à ce document, qui n'a pu s'empêcher de signaler la violence de l'attitude de nos adversaires, ne donnent qu'une faible idée de la séance.

C'est ainsi que les dentistes étaient représentés par un membre non professionnel comme désireux de se faire de la réclame et de se recruter des clients avec les cotisations et l'influence des non-professionnels, propos que M. Siffre, qui devait plus tard les oublier, ne put s'empêcher de relever.

L'ancien employé de l'Ecole dentaire de Paris déjà nommé combattit avec véhémence et systématiquement toutes les propositions émanant

de celle-ci et, comme les non-professionnels, à deux ou trois exceptions près, votaient dans le même sens, il put, grâce à quelques professionnels auxquels s'était joint le président, faire écarter ces propositions.

L'attitude du président fut, dans cette assemblée, des plus singulières, laissant passer sans les relever les invectives du susdit ex-employé, provoquant même son intervention, d'autant plus étrange que ce membre, amené par lui, figurait comme candidat au Conseil d'administration sur une liste préparée à la machine à écrire par le président qui, ainsi que nous l'avons dit, le faisait, en fin de séance, nommer secrétaire général administratif.

Les délégués du Groupement firent preuve de la plus grande modération ; malgré l'échec de leurs propositions, ils essayèrent de continuer l'examen des statuts, et M. Francis Jean a mauvaise grâce de tirer argument contre eux du fait que, faisant preuve de cette modération et ne voulant pas croire à une opposition systématique, ils ont, au début de la séance, accepté des votes qui ne leur donnaient pas satisfaction.

Mais de nouvelles attaques, personnelles cette fois, mirent le comble à la mesure, un tumulte indescriptible se produisit, la très grande majorité des professionnels se leva pour quitter la salle, tandis que M. Godon, se faisant l'interprète du sentiment général, s'écriait : « Il est impossible aux dentistes de continuer à délibérer dans une semblable assemblée et j'engage mes confrères à quitter la salle. »

C'est dans ces conditions que, sur les *vingt-neuf professionnels présents, vingt-cinq sortirent,* dont le président de la Société odontologique de France, le président de l'American Dental club of Paris, le président de l'Association générale des dentistes de France, le président de l'E. D. P.

Nous publions ci-après la protestation des membres qui quittèrent la salle.

Les chirurgiens-dentistes, soussignés, convoqués à la réunion constitutive du C. N. F. H. D. se sont vus contraints à quitter la réunion en présence des attaques injurieuses adressées de parti pris aux professionnels par un membre non professionnel de l'Assemblée, le président n'ayant pas assuré aux membres attaqués le respect qui leur était dû.

Ont signé : Blatter, H. Dreyfus, J. d'Argent, R. Lemière, M. Roy, Rollin, Sorré, Touvet-Fanton, G. Villain, H. Villain, Lange, Godon, G. Robin, Cauhépé, Hoffmann, Dr Dormoy, Machtou, Pilière, Galand, Daunis, plusieurs noms illisibles.

Les délégués de l'Ecole odontotechnique qui étaient sortis également s'étant ensuite concertés rentrèrent en séance, portant ainsi à *huit* le nombre des professionnels qui, avec les *vingt professionnels restants,* continuèrent à délibérer, dit le factum de l'Association d'hygiène dentaire, dans le calme le plus parfait.

Il est difficile, pour ceux qui n'y assistaient pas, de se faire une idée de la séance dont nous venons d'essayer de reproduire la physionomie. Ce qui permettra le mieux de la juger, c'est le fait précis, que, *sur vingt-*

neuf professionnels présents, 22 ont pensé qu'ils ne pouvaient plus s'associer à la constitution d'une société fondée dans de semblables conditions, et que huit dentistes seulement, dont le fils du président, participèrent avec les vingt non-professionnels restants, à la formation de la société.

V. — Constitution du Comité national français d'hygiène dentaire.

Si le Comité à la constitution duquel nous étions convoqués avait été dû à l'initiative de non-professionnels, les professionnels qui s'étaient retirés auraient pu s'en tenir là et s'incliner devant la majorité ainsi formée.

Mais il n'en était pas ainsi: le C. N. F. H. D. s'était constitué sur l'initiative de la F. D. I., par analogie avec des Comités analogues existant dans différents pays, et c'étaient les délégués français de cette Commission d'hygiène qui étaient chargés de constituer le C. N. F. H. D. Ceux-ci, dans un sentiment de déférence qu'on comprendra, avaient demandé à la F. D. N. de se charger de ce soin. Or, par suite des incidents que nous venons d'exposer, la majorité des délégués de la Commission d'hygiène de la F. D. I. se trouvait en opposition avec le président de la F.D.N., lequel constituait la Société dans des conditions contraires aux idées des délégués chargés de cette mission. Ils ont donc pensé qu'ils ne devaient pas laisser prendre à cette société le nom qui appartenait à l'émanation de la Commission d'hygiène de la F. D. I. et dont ils étaient les représentants. Ils avaient été convoqués pour constituer le C. N. F. H. D.; par suite des incidents soulevés, ils n'avaient pas pu continuer à rester dans la salle où ils étaient en butte à des attaques constantes; ils allèrent siéger dans une autre salle, où ils constituèrent le Comité conformément à leurs idées.

Comme c'était leur droit strict, nous pourrions dire leur devoir, ils allèrent déposer immédiatement les statuts à la préfecture, ce qui était une simple mesure conservatoire.

Le factum parle à ce propos de *minorité mécontente* et d'*usurpation des statuts;* cette appréciation du rédacteur est due évidemment à une illusion d'optique.

En effet, le Comité d'initiative qui, suivant les propres expressions du factum, avait pendant trois mois étudié, discuté, adopté les statuts, après en avoir voté l'impression et l'envoi aux adhérents, se composait de 10 membres: MM. Godon, Francis Jean, Pont, Siffre, Blatter, Kern, Pailliottin, Richaume, Roy, Franchette, à la suite du renouvellement du Bureau de la F. D. N. dans la séance du 24 mars 1911. Trois se sont retirés: MM. Godon, Blatter et Roy, et deux ont approuvé leur attitude: MM. Franchette et Pont. Or, les statuts appartenaient au Comité d'initiative tout entier, dont ils étaient l'œuvre. Dès l'instant que le Comité se scindait en deux parties égales, les statuts restaient la propriété de chacun des deux groupes. Nous ne voyons pas pourquoi le rédacteur du factum adresse l'épithète de *dissidents* au premier groupe de 5; nous pourrions l'adresser avec tout autant de raison au 2e groupe de 5: MM. Francis Jean, Kern, Pailliottin, Richaume, Siffre.

Mais c'est une tactique qui réussit quelquefois que de renverser les rôles ; en se posant en victimes, on trompe plus aisément la bonne foi, qui se laisse surprendre.

Ce n'est pas tout : les délégués du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. à la F. D. I. sont au nombre de 5 également. Or, par suite de la division qui s'est opérée, il reste d'un côté 4 membres, ce qui n'est pas une minorité : MM. Godon, Pont, Roy, G. Villain et de l'autre un seul membre, M. Francis Jean.

Ce n'est pas tout encore. Le Bureau de la F. D. N. comprend 8 membres : MM. Godon, Francis Jean, Pont, Franchette, Blatter, Kern, Pailliottin, Richaume. Par suite de la scission il reste d'un côté 4 membres : MM. Godon, Pont, Franchette, Blatter, et 4 de l'autre : MM. Francis Jean, Kern, Pailliottin, Richaume, et là encore nous ne voyons pas de minorité, puisque les forces sont égales.

Puisque M. Francis Jean prétend avoir la majorité, pourquoi se refuse-t-il à convoquer la F. D. N. en Assemblée générale, comme il en a été requis conformément aux statuts ?

Nous estimons donc qu'en se servant des termes *indiscipline, indélicatesse, usurpation,* pour qualifier l'acte des 22 professionnels du C. N. F. H. D. le rédacteur du factum a dépassé la mesure par écrit, comme il l'avait dépassée verbablement. Mais rien ne nous étonne de sa part et nous sommes fixés à son égard.

S'il y eut usurpation ce n'est pas de la part de ceux qui restèrent fidèles à leur mandat, et M. Francis Jean eût joué un plus beau rôle en s'inclinant devant la juste riposte au piège dans lequel il avait attiré ses confrères, en s'abstenant de la manifestation un peu déplacée et légèrement comique qui a consisté à déposer une protestation contre nous à la préfecture de police.

La présente réponse serait interminable si nous voulions relever toutes les critiques formulées sur le ton le plus agressif et le plus désobligeant par le rédacteur du factum, notamment celle de ne pas vouloir laisser dans notre Conseil d'administration de place à nos confrères de province, lorsque le Conseil du C. N. F. H. D. en compte cinq.

Alors que l'Association française d'hygiène dentaire a nommé vice-président M. Grimaud, absent, elle nous fait grief d'avoir nommé M. Bioux, absent comme trésorier !

Ces quelques faits donnent une mesure de la valeur et de la sincérité des critiques qui nous sont adressées.

VI. — Patronage de la F. D. I.

Le factum, pour créer une équivoque, fait grand tapage d'une phrase écrite au lendemain de la constitution du C. N. F. H. D.

Dans la circulaire adressée aux membres du C. N. F. H. D. il est dit en effet : « Les représentants de la F. D. I. se sont retirés... et ont immédiatement constitué le C. N. F. H. D. conformément au mandat qu'ils avaient reçu de la F. D. I. »

M. Francis Jean, s'emparant de ce nombre de phrase, a écrit à M. Paterson pour lui demander : « *En vertu de quelles décisions et par*

qui furent mandatés ces représentants? quel fut le mandat que leur donna la F. D. I. et en vertu de quelle décision? »

Il triomphe de la réponse, qu'il s'empresse de publier, du reste incomplète.

M. Francis Jean sait fort bien qu'en parlant de la F. D. I. nous ne parlons pas de son Conseil exécutif, dont M. Paterson est président, mais bien de la Commission d'hygiène de la F. D. I. que ces questions concernent, et dont nous étions les délégués, ainsi que nous l'avons exposé plus haut. Les extraits que nous reproduisons d'ailleurs au début du présent mémoire établissent incontestablement la justesse de nos affirmations.

Voici du reste, *in extenso,* le texte traduit de la lettre de M. Paterson, dont ce dernier nous a adressé copie :

Londres, 15 mai 1911.

« Mon cher monsieur Francis Jean,

» En réponse à vos questions je dois vous dire que le Conseil exécutif de la F. D. I. n'a pas statué et ne s'est pas prononcé sur la question d'une Association française d'hygiène dentaire et n'a donné d'instruction à aucune fédération nationale.

» J'imagine que M. Jessen s'est adressé à certaines personnes dans le but de faire créer des Comités d'hygiène dentaire dans divers pays. M. Jessen, par exemple, s'est adressé à moi, mais en Angleterre nous n'avons pas encore fondé de Comité de ce genre. Chaque pays a des idées différentes sur la question.

» PATERSON. »

Tout l'incident se borne donc à l'emploi du mot *F. D. I.* pour *Commission d'hygiène de la F. D. I.,* ce que M. Paterson a immédiatement compris, comme le montre la seconde partie de sa lettre, que l'Escobar qui rédigea le factum a soigneusement escamotée.

Faisons remarquer à ce propos que, dans une des quatre lettres de rectification que nous avons déjà reçues de l'Association française d'hygiène dentaire, indépendamment de celle qui est accompagnée du factum auquel nous répondons, M. Siffre prend indûment le titre de membre du Conseil exécutif de la F. D. I., fonction qu'il n'a pas et qu'il n'a jamais eue.

Des *erreurs* de ce genre devraient rendre plus modestes les dirigeants de l'Association française d'hygiène dentaire.

Dans la lettre d'envoi du factum aux sociétés professionnelles, il est dit : « Il appartient aux sociétés qui composent la F. D. N. de prendre à leur tour la responsabilité, *Là où la majorité ne décide plus, c'est l'autorité ou le caprice d'un seul qui gouverne ; vous choisirez.* »

Nous pensons en effet qu'il en est ainsi, mais nous nous étonnons de voir cette constatation signée par M. Francis Jean en s'adressant à des professionnels alors que, comme nous l'avons montré, dans la séance constitutive, *7 dentistes, sur 29 présents* au début sont restés seuls avec lui pour constituer une société fondée par l'initiative des dentistes. »

Aux confrères de juger de quel côté était la vraie majorité.

*